№ 5—6 MAJ—CZERWIEC 1923 R. ROK XVIII

KRONIKA DENTYSTYCZNA

MIESIĘCZNIK

POŚWIĘCONY WSZYSTKIM GAŁĘZIOM DENTYSTYKI, CHOROBOM JAMY USTNEJ ORAZ SPRAWOM ZAWODOWYM

O zaburzeniach w sferze nerwowej i organach zmysłów post extractionem.

Napisał

W. ZIELIŃSKI (ś. p.).

(Dokończenie. Zob. 3—4 r. b.).

Zaburzenia w narządzie wzroku występują również po ekstrakcjach. Przykłady mamy w literaturze. Spotykane były przypadki, w których nastąpiło niedowidzenie, a nawet zupełna ślepota (amblyopia i amaurosis).

Delestre specjalnie zajmował się sprawą wzajemnego stosunku zaburzeń oczu i cierpień zębów, jak również po dokonaniu wyjęcia zębów. Według jego spostrzeżeń, zaburzenia wzrokowe wskutek chorób zębów są zwykle krótkotrwałe i przemijające. W niektórych zaś przypadkach mogą trwać długo i pociągnąć za sobą poważne następstwa. Nieznaczne uszkodzenia w okolicy brwi lub czoła nieraz wywoływały silne nerwobóle nerwu trójdzielnego, do których dołączał się skurcz powiek, osłabienie wzroku, a nawet ślepota. W innych znowu przyp. występowały głębokie, organiczne zaburzenia wzrokowe. Stąd zupełnie jest usprawiedliwione przypuszczenie, że i gałązki nerwów zębowych mogą podobne działanie okazywać na oczy, jak to zdarza się po uszkodzeniu lub podrażnieniu włókien czołowych nerwu trójdzielnego.

Przy chorobach zapalnych oczu, a szczególnie przy zapaleniu tęczówki (iritis), uskarżają się chorzy na silne bóle w przebiegu nerwu trójdzielnego, a szczególnie w jego gałęzi górnoszczękowej. Przy wyjmowaniu zębów nieraz pacjent narzeka (w chwili, kiedy oberwany został nerw zębowy) na silny ból w oku, który porównywa do błyskawicy. Wszystko to prawdopodobnie zależne jest od silnego podrażnienia nerwów ocznych. Przy wyjmowaniu zębów nerw zębowy, nim urwany zostanie, musi wytrzymać silny ucisk, a nieraz i ugniecenie; stąd więc przez pośrednictwo gałęzi ocznej n. trójdzielnego powstać może podrażnienie samego oka, a nawet i jego choroba. Schmidt przy obserwowaniu 92 przypadków 73 razy widział zmniejszenie akomodacji po stronie operowanej. Duval podaje następujący przypadek: Wskutek pięć miesięcy trwającego upartego nerwobólu pacjent kazał sobie wyjąć górny prawy pierwszy trzonowiec. Podczas wykonywania

operacji zębodół został przełupany. Wezwany na naradę lekarz stwierdził próchnienie górnej szczęki i otwarcie zatoki. Wyjęto 2-gi trzonowiec i prześwidrowano otwór do zatoki szczękowej; przy tej operacji złamano kość szczękową, a później z wielkim wysiłkiem wyjęto odłamek. Okazało się jednak, że nie było ani próchnienia szczęki, ani też zapalenia zatoki szczękowej. Przy wyjęciu pierwszego zęba (po pęknięciu zębodołu) pacjent nie narzekał na oczy, ale cierpiał na jakieś wędrujące bóle głowy, które się powierzchownemi tylko być zdawały. Podczas drugiej operacji, w chwili, w której kość została złamana, pacjent uczuł straszny ból, a zarazem oba oczy zboczyły ze swych osi; siła wzrokowa zmniejszyła się, a gdy patrzał na otaczające przedmioty, zdawało mu się, że się rozpływają w przestrzeni; dalej pacjent stracił smak i czucie w języku; usta mu skrzywiły się ku przeciwnej stronie, do tego przyłączyła się głuchota w prawem uchu; słowem, cała połowa głowy była niejako sparaliżowana. Gdy pacjent zamknął jedno oko (wszystko jedno które), drugie oko wtedy przyjmowało prawie normalny kierunek, a zarazem wracała na tę chwilę normalna siła. Nazajutrz zez zdawał się być cokolwiek polepszony; w lewem oku (ze zdrowej strony) siła wzroku wracała. Prawe jednak oko widziało wszystko, jak przez mgłę; łącznica była zaczerwieniona; do tego przyłączyło się nadzwyczaj obfite łzawienie, a powoli pojawił się i światłowstręt (photophobia). Po ośmiu dniach nastąpiło przedziurawienie i garbiak (staphyloma) rogówki. Po operacji ostatniego ból zmniejszył się nieco, rana w rogówce zaciągnęła się półprzezroczystą błoną. Gałka oczna, której rozmiary nie wiele się zmniejszyły, mogła się cokolwiek poruszać. Chory mógł wtedy rozróżnić światło od ciemności, usta jednak pozostałe skrzywione; pozostały również brak smaku i uczucie zimna w języku i osłabienie słuchu. Dziąsło się zabliźniło i pokryło uszkodzone kości. W ubytek w kości można było wprowadzić koniec palca; oprócz tego pozostała jeszcze przetoka do zatoki szczękowej, z której bezustannie wyciekała słonawa wydzielina. Chory uczuwał jeszcze w całej prawej połowie twarzy niebolesne wprawdzie, ale bardzo uciążliwe naprężenie; z lewej strony wszystkie funkcje wracały do normalnego stanu.

Delestre cytuje jeszcze przypadek, spostrzegany przez Pasquiera. Przy wyjęciu pierwszego górnego prawego trzonowca nastąpiło złamanie policzkowej strony zębodołu, nadto poszarpanie i porozdzieranie dziąseł; następstwem tego było ropienie z zębodołu i obumarcie kości. Po wyjęciu zęba ból ustał; na trzeci dzień ból zjawił się ponownie i rozpromieniał się od miejsca po wyjętym zębie na prawą skroń. Zaczerwienienia jednak, obrzmienia, ani podwyższonej temperatury nie było. Od tego czasu ból był prawie ciągły; przerwy były nadzwyczaj krótkotrwałe i nieregularne; od ucisku ból się powiekszał. Bóle rozprzestrzeniały się na gałąż skroniową nerwu twarzowego i przechodziły aż na plexus parotideus, podczas gdy w drugim kierunku rozszerzyły się do nerwu nadoczodołowego. Najsilniejsze napady chory miewał wieczorem i w nocy. Wreszcie, po pięciu dniach wystąpiła nagle ślepota prawego oka. Jednocześnie pacjent uczuwał jakgdyby gałka oczna znajdowała się w bezustannym ruchu i wyrażał się, jakby mu z oczodołu „wyskoczyć chciała". Źrenica była rozszerzona, po-

wieka prawa lekko obrzmiała, wydzielanie łez zdawało się być skąpszem. Chory był znużony bezustannemi potami, stan ogólny jednak nie był zmieniony. Dziesiątego dnia możność widzenia wróciła, i uczucie bezustannych ruchów gałki ocznej ustąpiło. W 22 dni wszystko wróciło do normy.

Teirlink opisuje przypadek, gdzie po wyjęciu zęba górnej szczęki z lewej strony pacjent uczuł silny ból w odpowiedniem oku, tak że w pierwszej chwili zawołał, że mu takowe „pękło"; na razie żadnego uszkodzenia oka nie skonstatowano. Następnego dnia źrenica w lewem oku uległa znacznemu rozszerzeniu. Nie było więc żadnej wątpliwości, że uszkodzenie nerwu zębowego (który swój początek bierze od nerwu podoczodołowego drugiej gałęzi nerwu trójdzielnego) odruchowo podziałało na nerw okoruchowy (oculomotorius), który reguluje szerokość źrenicy. Gdy pacjent patrzał okiem chorem przez wycięty mały otworek w papierze, albo w czemś podobnem, wtedy siła zwroku była całkowicie normalna. Ponieważ przyczyną rozszerzenia źrenicy było podrażnienie gałązek nerwowych zębowych w górnej szczęce, jako leczenie stosowano do rany tamponiki, nasycone wyciągiem makowca (extractum opii), a do wcierania w policzek zaordynowano maść opiową. Po 8 dniach w ten sposób rozszerzenie źrenicy ustąpiło.

Hunter spostrzegał przypadek następujący. Podczas wyjęcia pierwszego trzonowca w górnej szczęce pacjent ujrzał przed okiem odpowiedniej strony błyskawicę. Następnego dnia siła wzroku znacznie zmniejszyła się. Wszystkie przedmioty widział, jak w grubej mgle; jednocześnie przyłączyła się gorączka. Przy badaniu okazało się, że źrenica lewego oka była zwężona w porównaniu do prawej (zdrowej) źrenicy. Po 14 dniach wzrok wrócił do normalnego stanu bez żadnego szczególnego leczenia.

Prof. Miller cytuje kilku autorów, którzy spostrzegali utratę wzroku po ekstrakcji, i tak;

Burdett opisał przypadek, w którym chory utracił wzrok po nieudanem wyjęciu zęba. Po złamaniu korony i pozostawieniu na miejscu korzeni ułamanego zęba rozwinęło się opuchnięcie twarzy, później wytworzył się ropień w oczodole, a jako następstwo ślepota.

Arlt podał przypadek, w którym chłopcu 11-letniemu wyjęto ząb; po wyjęciu nastąpiło zapalenie naczyniówki (choroisitis) i ropnica, zakończona ślepotą.

W przypadku Dimmera chłopiec trzynastoletni po wyjęciu zęba w dolnej szczęce stracił oko. Zaraz po ekstrakcji rozwinęło się silne obrzmienie twarzy i szyi, wystąpiły dreszcze, zapalenie naczyniówki i wypchnięcie gałki ocznej. Oko zostało wyłuszczone.

Schwedt podaje dwa przypadki utraty wzroku po wyjęciu zębów. W pierwszym po ekstrakcji wystąpiła róża (erysipelas) i zapalenie oczodołów (orbitralphlegmone), a jako następstwo ślepota. W drugim przypadku wyjęcie zęba spowodowało septyczne zakażenie, zapalenie oczodołu, zakończone utratą wzroku.

Oprócz tych wyżej nadmienionych autorów i inni spostrzegli choroby oczu po wyjęciu zęba; nie wymieniam ich tu wszystkich, gdyż i zacytowane wystarczą.

Zaburzenia mowy mogą również mieć miejsce po ekstrakcji. Hesse podaje dosyć ciekawy przypadek: Po wyjęciu zęba mądrości z lewej strony żuchwy (ząb był mocno spróchniały i siedział ukryty w kącie żuchwy), pacjentka nie mogła przemówić, tylko powtarzała ciche i niezrozumiałe jakieś sylaby. Dopiero po 6 tygodniowem odnośnem leczeniu zburzenie mowy usunięto. W rok później takiż sam stan zjawił się u tejże pacjentki po wyjęciu zęba mądrości z prawej strony i trwał 24 dni.

Zaburzenia słuchu po wyjęciu zębów również nadzwyczaj rzadko się zdarzają i są prawie zawsze uleczalne. Ciekawy przypadek opisuje Humm. Pewnemu pacjentowi wyjęto z przyczyny zapalenia ozębnej pierwszy górny prawy trzonowiec. Pacjent żadnych chorób nie przechodził; w czasie wyjęcią był zupełnie zdrów. Ząb, który mu wyjęto, był przed kilku laty plombowany. Od czasu zaplombowania chory uczuwał małe przytępienie słuchu; po wyjęciu zęba słuch się pogorszył i to w miarę gojenia się zębodołu; po zupełnem zabliźnieniu się zębodołu chory kompletnie na to ucho ogłuchł. Takiż przypadek spostrzegał Baume po wyjęciu korzenia dolnego trzonowca: przebieg był jednak w tym przypadku prędszy, gdyż tego dnia, w którym ząb wyjęto, chory bardzo źle słyszał, a po kilku dniach był już zupełnie głuchy.

Dla dokładności i uzupełnienia przypadków, zachodzących w sferze nerwowej, chciałbym tu zacytować jeszcze przypadek, spostrzegany przez Williamsa, w którym po wyjęciu zęba nastąpiła śmierć wskutek wstrząsu (schock). Pacjentka liczyła lat 50, zgłosiła się z bolącym zębem, żądając wyjęcia tegoż pod narkozą. Ponieważ Williams wiedział, że pomimo pozornego zdrowia pacjentka chora była na serce, narkozy odmówił. Ząb, który wreszcie nie bardzo mocno siedział, wyjęty został łatwo. W kilka minut po operacji i wypłukaniu ust pacjentka uczuła się słabą, następnie wpadła w pewien stan omdlenia, z którego, pomimo najśpieszniejszego ratunku już do życia przywrócona nie została; śmierć nastąpiła wskutek wstrząsu.

Baume zaznacza, iż tego rodzaju przypadków, gdzie pacjenci w drodze z domu do dentysty, lub od dentysty do domu, nagle umierali, zdarzają się często. Czy tu odgrywa rolę zbieg okoliczności, wzruszenie, strach przed operacją lub po operacji, nigdy rozstrzygnąć się nie da.

Bardzo rozpowszechnione jest mniemanie nie tylko wśród publiczności, lecz i lekarzy, iż u ciężarnych po wyjęciu zębów nastąpić może poronienie; mniemanie to jednak niczem nie jest usprawiedliwione. Wprawdzie jest dowiedzionem, iż u kobiet, skłonnych do poronień nieznaczne zaburzenia w organizmie, a nawet wprost potrącenie przez nieuwagę poronienie wywołać mogą, jednak z drugiej strony nigdzie napewno stwierdzonem nie zostało, ażeby po wyjęciu zęba, t. j. uwolnieniu chorej od bólu, nastąpiło poronienie.

W swojej praktyce nie obserwowałem tego rodzaju przypadku, pomimo, iż setkom ciężarnym wyjmowałem zęby. Nie należy jednak rozumieć tego tak, że zawsze i bezwzględnie operację bez obawy wykonać można. Przeciwnie, zawsze należy liczyć się z okolicznościami, jakie nam się przedstawiają.

Prof. Albrecht twierdzi: jeżeli chcemy ciężarnym dobry ich stan zdrowia utrzymać, a płodowi zapewnić normalny rozwój, to cierpienia narządów ust w ogólności, a zębów w szczególności, należy możliwie prędko usuwać. Jeżeli cierpienie jest zwyczajną odontalgją, wywołaną podrażnieniem miazgi, lepiej jest ból usunąć przez zastosowanie na miazgę jakiegoś środka przyżegającego, jeżeli jednak nastąpiło zapalenie ozębnej, lub podejrzywamy nawet ropień w zębodole, to z wykonaniem operacji ociągać się nie należy, przeciwnie, możliwie prędko należy ją wykonać, gdyż zwłoka ogólny stan zdrowia ciężarnej pogarsza, a nawet w najlepszym razie przedłuża niepotrzebnie cierpienia.

Czy wyjęcie zęba powoduje u karmiącej jakieś zaburzenie w jej zdrowiu lub zdrowiu dziecka? Na to odpowiadamy krótko: nie, gdyż tego rodzaju przypadków, nigdyśmy nie spostrzegali, ani nie spotykaliśmy w literaturze.

Nareszcie, czy wyjęcie zęba u kobiety miesiączkującej może spowodować jakieś zaburzenie w organizmie, odpowiedzieć na to jest nieco trudno.

Prof. Albrecht na mocy własnych spostrzeżeń nie rozstrzyga tej kwestji, cytuje jednak przypadek dra Liebera, który spostrzegał u kobiety 30-letniej miesiączkującej po wyjęciu zęba krwotok, trwający bez przerwy 26 godzin, poczem krwawienie z części rodnych ustało raptownie. Następny perjod nastąpił we właściwym czasie.

Osobiście obserwowałem wprost przeciwny przypadek.

20-letnia pacjentka od kilku miesięcy nadzwyczaj skąpe miewała perjody. Gdy wyjąłem jej ząb podczas miesiączkowania wystąpił po paru godzinach bardzo obfity krwotok maciczny, który nazajutrz bez wszelkiej pomocy lekarskiej zredukował się do właściwych rozmiarów. Następne perjody pojawiały się we właściwym czasie i w zwykłych rozmiarach.

Pozwolę sobie w końcu zwrócić uwagę, iż aczkolwiek wszystkich przypadków, wyżej przytoczonych, z wszelką pewnością uniknąć nie można, jednak prawdopodobieństwo ich zredukować można do minimum, jeżeli przestrzegamy wszelkich ostrożności. Należy uwzględnić wszelkie okoliczności, przedstawiające się nam przed operacją, i do nich się zastosować. Musimy, rzecz prosta, uwzględnić zasady postępowania bezgnilnego. Należy operować powoli z uwagą. Nie należy nigdy zastępować zręczności siłą.

Piśmiennictwo. 1) Dr. Albrecht Ed.: Klinik der Mundhöhle. 2) Buzer Ant. Handbuch der Zahnheilkunde. 3) Delestre G. Des accidents, causés par l'extraction des dents. 4) Baume R. Lehrbuch der Zahnheilkunde. 5) Miller W. Die Mikroorganismen d. Mundhöhle. 6) Detzner. Deutsche M-ft. für Zahnheilkunde 1895. 7) Salomon. Deut. M-ft. für Z-de 1897. 8) Ziliński W. Dismenorrhoea geheilt durch Zahnextraction. Deut. M-ft. f. Z-de 1897.

Uwagi praktyczne w sprawie postępowania paljatywnego przy ostrych sprawach zapalnych jamy ustnej pochodzenia zębowego.

Napisał

A. J. GROHN.

Dążeniem lekarza jest leczenie radykalne choroby. Nie zawsze jednak daje się to osiągnąć. Terapja ogólna więc bardzo często nolens volens posiłkować się musi różnemi sposobami oraz środkami paljatywnemi, mającemi na względzie jedynie doraźne ulżenie bólu. Tak np., postępuje chirurg przy różnych stanach zapalnych, ostrych lub obostrzonych, udzielając odnośnej pomocy, mając na względzie wyczekiwanie stanu, umożliwiającego wykonanie wskazanej radykalnej operacji.

Znane są w terapji ogólnej przypadki, w których lekarz staje się bezradnym wobec niemożności radykalnego usunięcia choroby, poprzestać więc musi na leczeniu paljatywnem, podtrzymując nieraz i życie chorego.

Zębolecznictwo, które bynajmniej nie może być uważane, jako wązka gałąź medycyny, nie w mniejszym zakresie zmuszone jest również dosyć często uciekać się do leczenia paljatywnego, zwłaszcza w przypadkach, w których nie jesteśmy w stanie na razie przeprowadzić radykalnego leczenia.

W referacie niniejszym zamierzam jedynie zwrócić uwagę na sprawy zapalne pochodzenia zębowego, a mianowicie, schorzenia szczęk, przy których postępowanie paljatywne jest z różnych względów wskazane, umożliwia to bowiem dzięki okresowi wyczekiwania następne przeprowadzenie racjonalnego leczenia.

Również paljatywy są wskazane w takich przypadkach, w których radykalne leczenie z różnych powodów nie może być uskutecznione, tak np. w przypadkach zakażenia szczęk pochodzenia zębowego u osób, cierpiących na różnego rodzaju djatezy — plamica (morbus maculosus Werlhofi), krwawiączka stwierdzona (haemophilia), plamica krwotoczna (purpura haemorragica), gnilec (scorbutus), pewne postacie przymiotu, moczówka cukrowa (diabetes mellitus), wady serca o cięższym przebiegu, uwiąd starczy (marasmus senilis), okres wyzdrowienia po ciężkich chorobach (reconvalescentia) i t. d.

Należy tu nieco się zastanowić nad problematem znanym w ogólnej medycynie: czy przyczyna procesu zapalnego bezwarunkowo winna być usunięta, nie zważając na okres miejscowego schorzenia, ani na ogólny stan chorego, ani też na istnienie organicznych chorób ustrojowych, o których tylko co wzmiankowaliśmy?

Spostrzeżenia kliniczne stwierdzają, iż sentencje teoretyczne często nie są w zgodzie z istotą rzeczy. Usiłując przeprowadzenie radykalnego usunięcia przyczyny, nie licząc się z różnemi okolicznościami, dosyć często pogarszamy stan, dzięki czemu sprawa się komplikuje.

Bezwarunkowo każdy poszczególny przypadek należy indywidualizować. Żaden chirurg, terapeuta, ani dentysta nie winien postępo-

wać według szablonu. Niewinne pozornie zabiegi chirurgiczne w pewnych warunkach stać się mogą nader poważnemi, grożąc życiu pacjenta. Mimo istnienia znacznego nacieczenia, które, zdawałoby się, wykonanie zabiegu ułatwi, jednak przy staranniejszem zbadaniu stwierdzimy błędność naszych przypuszczeń, bowiem proces zapalny nie znajduje się jeszcze w okresie, który powoduje rozluźnienie tkanki okolicznej, zwłaszcza w sprawach zapalnych pochodzenia zębowego. Przypuszczalne zabiegi wymagają często zastosowania skomplikowanych rękoczynów, jak rozekcji wyrostka zębodołowego, a nawet użycia dłuta. Następnie silne nieraz bóle, występujące po wykonaniu zabiegu na kości szczękowej w przebiegu ostrego stanu zapalnego, wzmagają się, powodując pogorszenie się ogólnego stanu pacjenta, co niesłusznie brane jest na karb nieudolności operatora. Pomimo jakoby usuniętej przyczyny, sprawa zapalna nie mija, dojrzewa, nacieczenie przechodzi w ropienie, co w dalszym ciągu przypisywane jest naszej winie.

Wykonywanie zabiegu chirurgicznego (ekstrakcji) nawet w znieczuleniu miejscowem w wyżej wzmiankowanych przypadkach uważam również za przeciwskazane, bowiem z jednej strony pogarsza to miejscowy stan zapalny, nie przynosi żadnej ulgi i w dodatku ujemnie wpływa na ogólny stan pacjenta.

Wobec powyższego postępowanie paljatywne w omawianych przypadkach ostrych spraw zapalnych uważam za wskazane. Polegać ono winno na: a) złagodzeniu bólu i b) miejscowem stosowaniu odnośnych środków.

Złagodzenie bólu osiągamy przez zalecanie do wewnątrz środków uspokajających (sedativa).

Jak wiadomo, środków tego rodzaju mamy wiele. Najbardziej rozpowszechnionym środkiem jest trigemina, do składu której wchodzi pyramidon i wodan chloralu (chloral-hydrat). Pierwszy, pochodny antypiryny, działa trzykrotnie silniej od tejże i jest mniej trujący. Drugi składnik, wodan chloralu, działa nasennie i ubocznie (na ośrodki oddechowe i naczyniowe, wywołując u wrażliwych osób wysypki w rodzaju rumienia, grudek, pęcherzyków itd.); niektórzy chorzy nawet nie znoszą małej dawki chloralu, a niewłaściwe jest stosowanie tegoż celem złagodzenia bólu, co zwłaszcza jest przeciwskazane u osób gorączkujących, chorych na serce, płuca, zaś przy nerwobólach dodatnia strona nie zostala stwierdzona.

Obydwa te składniki trigeminy, która uważana jest poniekąd jako specificum przy bólach pochodzenia zębowego, zwłaszcza promieniejących, bynajmniej nie przemawiają za tem, iż preparat ten może być tak szeroko zalecany, jak to ma miejsce. Przedewszystkiem z punktu widzenia fizycznego nie jest on trwały, stanowi połączenie względnie luźne, łatwo rozkładające się, przyciąga wodę, skutkiem czego zmienia barwę, tracąc własności działania. Już w nieco wyższej dawce wywołuje zaburzenie w przewodzie pokarmowym, zwłaszcza, gdy przyjmowany jest na czczo.

W celu uśmierzenia bólu w przypadkach schorzenia kości w ostrym stanie, przedewszystkiem staramy się podziałać drogą ogólną. Z przyczyn, tylko co wspomnianych, unikam stosowania trigeminy,

natomiast zalecam następującą mieszaninę, która daje doskonałe wyniki.

Rp. Pyramidoni 0,5
Pantoponi 0,015
Coffeini natro-benzoici 0,1
Mfp. D. t. dos. Nr. 4 in obl. amyl.
DS. 2 proszki dziennie.

Skuteczne działanie tej mieszaniny znajduje się w pewnym związku z trafnym doborem jej składników. Pyramidon już z teoretycznego założenia najbardziej odpowiada celowi, bowiem nie jest ściśle chemicznie związany z pozostałemi składnikami, dzięki czemu mieszanina nie ulega rozkładowi.

Pantopon — jest to, jak wiemy, nowy preparat makowca, wprowadzony przez słynnego klinicystę prof. Sahli'ego z Berna. Preparat ten posiada te zalety, iż łatwo się rozpuszcza i szybko ulega wessaniu bez wszelkich zaburzeń, doskonale uśmierzając ból. Jest to przetwór czysty i może być stosowany we wszystkich przypadkach, w których morfina wskutek ubocznego działania nie jest wskazana. Pacjenci doskonale znoszą ten środek, bowiem prócz uśmierzenia bólu działa nasennie.

Co zaś się tyczy kofeiny, to jest to stary niezawodny środek przeciw-nerwobólowy, który wywiera dodatni wpływ na serce.

Działanie wyżej wzmiankowanej mieszaniny następuje szybko i trwa dłużej od innych podobnych specyfików.

Jednocześnie ze stosowaniem ogólnie działającego środka zalecam następujące miejscowe leczenie. Polega ono na racjonalnem stosowaniu płukań i okładów.

Jak wiadomo, proces zapalny stanowi niezmierny przypływ krwi do miejsca zaatakowanego przez czynnik wywołujący ten proces, dzięki któremu powstaje wzmożona działalność miejscowa obronnych elementów ustroju. Ten przejaw biologiczny należy wyzyskać dla dobra sprawy, a osiągnąć to możemy drogą racjonalnego stosowania okładów i płukań. Płukania winny być ciepłe z dodatkiem środka leczniczego o działaniu drażniącem (irritans), wywołującego zaczerwienienie śluzówki (rubefaciens); przy silnych bólach dodaję nieco makowca w tej formie:

Rp. T-rae spilanthis simpl. 20,0
Spiriti cochleariae 12,0
T-rae opii simplicis 8,0
MDS. 1/2 łyżeczki na 1/2 szklanki ciepłej wody — płukanie.

Tinct spilanthis simpl. pochodzi od ziela ślinnika warzywnego — herba spilanthae oleraceae; rośnie dziko w Południowej Ameryce, również hodowana w ogrodach w Europie. Zbierają kwitnącą roślinę dla przyrządzenia wyciągu wyskokowego. Zapach świeżej rośliny słaby; smak ostry, palący, wywołuje ślinociek. Części składowe: olejek eteryczny, istota żywiczna, nieznaczne ślady garbnika, barwnik i gumma.

Następnie ziele warzęchy (cochlearia officinalis). Części składowe: olejki lotne, zawierające siarkę i mające skład olejku gorczycowego.

Co zaś do makowca, to dzięki swemu łatwemu wessaniu działa on kojąco jako narkotyk.

Przy stanach zapalnych ostrych śluzówki jamy ustnej należy unikać stosowania środków o działaniu ściągającem (adstrigens), gdyż przewlekają one proces chrobliwy oraz zwężają naczynia, anemizując śluzówkę, zmniejszając przekrwienie, a tem samem odporność miejscową.

Co zaś się tyczy okładów, to niemożna ominąć milczeniem chaosu, panującego wśród praktyków, co ma bezwzględnie ujemny wpływ na dobro sprawy. Jedni zalecają przy ostrych sprawach zapalnych pochodzenia zębowego, jak periodontitach, periostitach, osteomielitach, lód lub kompresy zimne, inni gorące w postaci kataplazmu, gorącej soli, kaszy prażonej i t. d. Zabiegi tego rodzaju są nader szkodliwe.

Stosowanie zimna jakoby w celu przerwania procesu infekcyjno-zapalnego nie jest skuteczne, zaś nadmiar gorąca wywołuje zbytnie rozszerzenie naczyń, co spowodować może wytwarzanie się przerzutów. Aczkolwiek wysoki stopień gorąca chwilowo ból uśmierza, wywołuje to jednak szkodliwy wpływ na tkankę, a mianowicie przez powstawanie znacznej ilości kostnych elementów (hyperositas), co powoduje znowu powstawanie periostitis ossificans.

Mając jednak na względzie biologiczne właściwości krwi oraz wpływowe działanie przekrwienia zastoinowego, należy dojść do wniosku, iż wszystkie tylko co wspomniane zabiegi nie mają racji bytu.

Przy ostrych sprawach zapalnych zalecam okłady z wyskoku, które dzięki stopniowemu sprowadzeniu obfitego przypływu krwi działają dodatnio na stan zapalny. Okłady tego rodzaju są dobrze znoszone przez pacjenta, a dzięki kojącemu działaniu powodują szybkie wessanie nacieczenia.

Stosowanie okładów zalecam w następujący sposób: serwetkę ewentualnie poduszeczkę odnośnego rozmiaru (obejmującą miejsce obrzmiałej powierzchni), złożoną z gazy, a wewnątrz zawierającą grubszą warstwę waty hygroskopijnej, należy przepoić nieco obficie wyskokiem i przykryć wystającą warstwą ceratki ew. papieru woskowego, a z wierzchu warstwą waty. Okład winien być obandażowany starannie (nie zakrywać oka!) i zmieniany co dwie godziny.

Zaznaczam, iż aczkolwiek uwagi moje nie wnoszą do nauki nowych sposobów leczniczych, jednak rzucają nieco światła na postępowanie paljatywne, często stosowane w naszej praktyce i prowadzące do systematycznego wyleczenia radykalnego.

Tuszę sobie, iż koledzy zechcą zwrócić uwagę na wypróbowany przeze mnie sposób i podzielić się w przyszłości z osiągniętemi wynikami.

Dział sprawozdawczy.

19) Allerhand H. dr. (Lwów). **Sól morszyńska jako doskonały środek pomocniczy do celów hygieny jamy ustnej** (Polska Gaz. Lek. 34 r. ub.).

Autor omawia wyniki spostrzeżeń, uczynionych w ostatnich czasach nad działaniem soli morszyńskiej przy stanach zapalnych jamy ustnej. Korzystne działanie soli kuchennej na śluzówkę jamy ustnej znane jest od dawna, zwłaszcza wśród ludu rozpowszechniony jest zwyczaj czyszczenia zębów solą za pomocą wskazującego palca. Szczegółowe badania, przeprowadzone na znacznym materjale, pochodzącym ze wszystkich warstw społecznych, wykazały, iż stany zapalne śluzówki jamy ustnej są nadzwyczaj rozpowszechnione. Naturalnie, iż zachodzą tu wielkie różnice pod względem rozmiaru, począwszy od zapalenia nieznacznego odcinka, np. jednej lub niewielu brodawek międzyzębowych, lub występ. pod postacią obwódek zaczerwienionych dookoła pojedynczych zębów (gingivitis marginalis), aż do najcięższych postaci rozlanego, wrzodziejącego zapalenia śluzówki jamy ustnej (stomatitis ulcerosa). Pomiędzy obu schorzeniami istnieć może szereg postaci przejściowych, różnych co do nasilenia, umiejscowienia, czasu trwania i rozległości, lub przedstawiających tylko ogniwa jednego łańcucha. Etjologja ich jest wspólna: przewlekły uraz mechaniczny, jak kamień nazębny, ostre brzegi korzeni, lub odłamanych zębów, zęby spróchniałe o zniszczonych powierzchniach stycznych, wadliwe plomby, niedokładnie dopasowane zęby ćwieczkowe, korony, mostki, dostawki płytkowe i t. d.

Stan zapalny śluzówki może przez długi czas pozostać umiejscowionym na nieznacznej przestrzeni i nie sprawiać choremu dolegliwości podmiotowych, lecz z chwilą pojawienia się przyczyny wywołującej może wzmódz się bardzo, rozprzestrzenić się na znaczny obszar śluzówki i spowodować wystąpienie objawów podmiotowych i przedmiotowych o znacznem natężeniu. Przyczynę wywołującą stanowić może zmniejszenie odporności wskutek unieruchomienia pogotowia obronnego ustroju, jako wynik ciężkich chorób, lub złego odżywiania. Wojna światowa i stan powojenny spowodowały wzmożenie się tych schorzeń, zwłaszcza w krajach, cierpiących przewlekły głód, np. Niemcy, Austrja. Podobnie, jak zapalenia dziąseł były zjawiskiem nadzwyczaj rozpowszechnionem wśród wojsk, biorących udział w wojnie światowej, zwłaszcza w oddziałach, znajdujących się w niekorzystnych warunkach hygienicznych, np. w okopach, i to nawet w armjach najlepiej zaopatrzonych, np. w armji amerykańskiej („trench mouth"), tak też rozpowszechnione jest zapalenie śluzówki jamy ustnej wśród ludności cywilnej, dotkniętej pośredniemi skutkami wojny, a przedewszystkiem niedoborem żywnościowym, czyli poprostu głodem. Czynniki zakaźne, powodujące rozpowszechnianie się cierpienia, nie są jeszcze dokładnie znane, nie mniej jednak, należy zapobiegawczo działać energicznie, tembardziej, iż posiadamy odpowiednie środki, skutecznie działające.

Jednym z takich środków jest sól morszyńska, środek łatwo dostępny i względnie tani. Stosowanie tegoż jest nader proste: do celów leczniczych należy wyjąć z oryginalnego słoika na szkiełko zegarowe suchą łyżeczką nieco kryształków, słoik szczelnie zamknąć napowrót (ze względu na hydroskopijne własności soli morszyńskiej) i następnie wacikiem wcierać kryształki w chore dziąsła. Dzięki temu zyskujemy wpływ tonizujący i odwadniający na obrzmiałą śluzówkę, przyczem jej własności obronne się wzmagają.

Po kilkakrotnem stosowaniu przekrwienie i obrzęk śluzówki ustępują, dziąsło obciąga się prawidłowo dookoła szyjek zębowych, brodawki wracają do stanu prawidłowego, krwawienie ustaje i znika nieprzyjemny odór z ust. Prócz stosowania soli morszyńskiej przez lekarza winien chory sam też współdziałać, używając soli morszyńskiej do codziennego czyszczenia zębów obok zwykle używanych proszków i past. W tym celu zaleca się przesypanie soli z oryginalnego słoika o dość wąskiej szyjce do pudełka aluminjowego lub celuloidowego, szczelnie zamkniętego w rodzaju pudełek do mydła, nabieranie zeń suchą szczotką do zębów odpowiedniej ilości i czyszczenie zębów przy pomocy ruchów poprzecznych i równoległych do podłużnej osi zębów, przez co sól zostaje wtarta w dziąsła, zaś wszystkie zaułki oczyszczone. Do mechanicznego oczyszczenia szkliwa zębowego można użyć kredy dobrze sproszkowanej, a do płukania obfitej ilości czystej wody, w której reszta soli się rozpuści. Takie czyszczenie powinno być stosowane codziennie, nie tylko jako leczenie zapaleń już istniejących, lecz wogóle jako środek zapobiegawczy przez wszystkie osoby o „słabych dziąsłach", skłonne do krwawienia z dziąseł, osadu kamienia i ropocieku zębodołowego. Wogóle, u każdego, a zwłaszcza u dzieci, taka codzienna hygiena ustna przy użyciu soli morszyńskiej jest wskazana ze względu na przyjemne uczucie świeżości, które pozostawia w jamie ustnej. *K.*

20) Kunert. **Próchnica zębów a chleb powszedni.** (Deut. Z-che Wochenschr. Nr. 10 r. XXI).

Sprawa odżywiania się i jej wpływ na próchnicę zębów była szeroko i skrupulatnie omawiana w ciągu ostatnich dwudziestu lat. W tej dziedzinie znany jest cały szereg badaczy, jak: Röse, Blunschli, Goldie, Kunert, Rosenfeld, Funk, Bunge, Hindhede i inni. Dziedzina naszej specjalności brała i bierze żywy udział w tak ważnej sprawie, jak odżywianie się i wpływ tegoż na uzębienie.

Röse zebrał dane statystyczne w Niemczech i krajach sąsiednich; dowodził on, iż tam, gdzie główne pożywienie ludności stanowi twardy chleb razowy (Vollkornbrot, t. j. chleb żytni, pełnowartościowy) oraz twarda woda do picia, stan uzębienia jest doskonały; próchnica czyni małe postępy. Tam zaś, gdzie spożywanie chleba białego oraz wody miękkiej przeważa, próchnica zębów grasuje w całej pełni, gdyż zęby, upośledzone pod względem otrzymywania niezbędnego wapnia, są na działanie szkodliwych czynników mniej odporne.

Żucie twardego, t. j. niedelikatnego pokarmu, odgrywa wybitną rolę nie tylko dla budowy szkliwa zębowego, lecz również dla przyszłego stanu zdrowotnego organizmu, w szczególności zaś dla zębów

i szczęk. Praca mechaniczna odgrywa pierwszorzędną rolę, jako środek zapobiegawczy przeciw próchnicy zębów.

Doświadczenia Bungego, wykonane na szczurach, dowiodły, że wskutek karmienia chlebem białym szczury cierpiały na niedokrwistość, zaś spożywanie chleba razowego przyczyniało się do tworzenia hemoglobiny. Doświadczenia Goldiego, przeprowadzone na psach, wykazały, że pies, karmiony chlebem białym i wodą, staje się ciężko rachitycznym i zdycha w krótkim czasie, zaś pies, karmiony chlebem razowym z wodą, hoduje się doskonale.

Doświadczenia powyższe dowodzą dobitnie, iż spożywanie chleba razowego wpływa nadzwyczaj dodatnio na stan i rozwój organizmów zwierzęcych.

Chleb razowy działa doskonale na cierpienia kiszek, które nie ustępowały żadnemu leczeniu.

Takie odżywianie wpływa również dodatnio na matki, karmiące piersią; śmiertelność niemowląt się zmniejsza.

Badacz takiej miary, jak Hindhede, wymaga spożywania grubego chleba razowego, mającego pełną zawartość zboża.

Sposób „nowoczesny" mielenia żyta w młynach za pomocą walcy daje mąkę zbyt delikatną; sposób ten winien uledz zmianie, abyśmy mogli otrzymać mąkę grubszą.

Sposób mielenia zboża na wiatrakach między kamieniami młyńskiemi jest racjonalniejszy, a chleb z takiej mąki daje zębom daleko więcej okazji do pracy.

Sposób wypiekania chleba ma również ważne znaczenie. Dobry chleb należy wypiekać w piecu kamiennym (murowanym), by otrzymać gróbą skórkę. Tak wypiekane bochenki chleba winny być przechowywane najmniej przez 10 dni, by w stanie czerstwym dać naszym zębom niezbędną pracę.

Nowoczesny sposób wypiekania chleba codziennie świeżego w piecach parowych daje chleb pulchny i papkowaty, co musi wpłynąć ujemnie na zęby współczesnego mieszczucha i wieśniaka, goniącego również za tą „kulturalną" zdobyczą.

Sposób wypiekania chleba w piecu dobrze rozpalonym z mąki mielonej na wiatraku jest zatem dla zdrowia ludności i jej uzębienia najlepszym, a pod tym względem należy brać przykład ze wsi.

Racjonalne zapobieganie próchnicy zębowej zależy więc od usilnego używania uzębienia. Powrót do spożywania dobrze wypieczonego czerstwego chleba razowego z grubej mąki o pełnej zawartości zboża wpłynęłoby na zmniejszenie się ilościowe próchnicy zębów, tej choroby „kulturalnej", która coraz bardziej trapi świat cywilizowany.

W. Zawidzki.

21) Heinemann dr. (Elberfeld). **Gruźlica jamy ustnej** (Deutsche Monatsschr. f. Z-de, Zeitschrift für Stomatologie z. 9 r. ub.).

Autor opisuje dwa przypadki gruźlicy jamy ustnej, stara się dokładnie rozstrzygnąć kwestję, czy w przypadkach tego rodzaju ma się do czynienia z zakażeniem charakteru pierwotnego lub też wtórnego.

U 60-letniego mężczyzny na wewnętrznej powierzchni lewej górnej wargi wystąpiło nader bolesne swędzenie, którego podstawą sta-

nowiły ospała ziarnina oraz gruzełki prosówkowe (miliare) i podprosówkowe (submiliare); takież znajdowały się w otoczeniu owrzodzenia. Nacieczenia nie było; stwierdzono obrzmienie podszczękowych gruczołów chłonnych. Owrzodzenie nie reagowało na miejscowe działanie kwasu mlecznego, ani jodyny. Zastosowano ogólne leczenie, o wyniku którego autor nie mógł się przekonać.

Drugi przypadek dotyczył 30-letniego, ciężko chorego tuberkulika (*tbc* płuc), który w rok później uległ powyższej chorobie. W kompletnym i zupełnie bezpróchnicowym narządzie zębowym trzy lewe dolne trzonowce były znacznie rozchwiane. Przy ucisku na zupełnie niezmienione dziąsło wokoło tych wydzielała się biaława ciecz o przykrosłodkiej woni. Miazgi tych zębów obumarły; gruczoły w lewym kącie żuchwowym obrzmiały, lecz niebolesne. Na ozębnej wyjętych zębów pozostały wiszące, główkowato-cebulowato zgrubiałe sinawe ziarniny, które po zbadaniu drobnowidzowem okazały się jako typowe tkanki ziarninowo-gruźlicze i zawierały również laseczniki gruźlicze.

Heinemann postępuje w ślady nowoczesnej nauki o gruźlicy, zgadzając się, iż w skłonnych do zarazka gruźliczego krajach każde indywiduum w dziecięctwie i wczesnej młodości zostaje zainfekowane i przez to (również, gdy klinicznie nie wykazuje się wyraźnej choroby) ulega uodpornieniu, które to następnie wyklucza zewnętrzne zakażenie, zarazem jednak immunizacja na skutek innych chorób, ogólnego upadku sił, wieku i t d. zostaje osłabiona lub też przełamana.

Autor uważa powstawanie procesów gruźliczych w jamie ustnej w większości przypadków jako zakażenie wtórne, lub, gdy zewnętrzny czynnik zakaźny nie może być ustalony, jako wybuch trzymanego przez odporność komórkową (Zellimmunität) w szachu ogniska miejscowego w chwili osłabienia lub wyczerpania odporności.

Specjalnie w drugim wyżej przytoczonym przypadku należy mniemać, iż istniał zator (embolia) jakiejś gałązki tętnicy żuchwowej (art. mandibularis), który był przyczyną miejscowego cierpienia; na korzyść tego przemawia przedewszystkiem zachowanie w stanie nieuszkodzonym śluzówki w okolicy ogniska schorzałego.

Na mocy tego we wszystkich przypadkach jedynie wskazana jest ogólna terapja, od której spodziewać się należy pomyślnego wyniku.

S. Wiśniewski.

22) Finkelstein prof. (Berlin). **Dwa przypadki ostrego obumarcia (nekrozy) wyrostka zębodołowego w wieku dziecięcym** (Z-che Rund. 6 r. 1922).

Ciężkie, niszczące zapalenia wyrostka zębodołowego spotykają się już w pierwszych okresach wieku niemowlęcego. Jest ono znane pod nazwą „martwakowego zapalenia zarodka zębowego". W najczęstszej swej postaci przedstawiają się jako zwykłe zapalenie śluzówki jamy ustnej (stomatitis), lub też jako róża (erysipelas), prowadzące do zropienia zamkniętego jeszcze w kości zarodka zębowego i w końcu do wysadzenia zsekwestrowanego zęba. Bywa zaatakowany jeden zawiązek, lub też kilka, w górnej szczęce częściej, aniżeli w dolnej. Zawiązki stałych zębów nie są atakowane.

Niebezpieczną ze względu na rodzaj cierpienia jest forma przerzutowa, wywoływana drogą hematogenną przez czynniki ropotwórcze w samym zarodku zębowym, lub jako zapalenie szpiku kostnego (osteomyelitis) kości szczękowej przy wciągnięciu do tego procesu woreczka zębowego. Wszystkie dotychczas obserwowane przypadki tego rodzaju zdarzają się w pierwszych dniach i tygodniach życia niemowlęcia. W późniejszych okresach wieku niemowlęcego spotykamy natomiast od czasu do czasu na wyrostkach zębodołowych wrzodziejące lub zgorzelinowe zapalenie dziąseł tego samego rodzaju, jakie zdarzają się dopiero w drugim roku życia dziecka. Do tych martwic szczęk u starszych dzieci prowadzi zwłaszcza wrzodziejące zapalenie śluzówki jamy ustnej (stomatitis ulcerosa s. stomacacae), które w przeważającej ilości wypadków wykazuje obecność krętków (spirillae) i laseczników wrzecionowatych (bazil. fusiformis).

W przypadkach pierwotnego, samoistnego zapalenia śluzówki jamy ustnej niebezpieczeństwo skomplikowanego zapalenia kości pozornie jest bardzo łatwe; zwiększa się ono w przypadkach zmian wtórnych śluzówki i ostrego przebiegu gorączki u dzieci.

W związku z tem martwicę spotyka się przeważnie u wadliwie rozrośniętych dzieci krzywicowych, u których wrzodziejące zap. śluzówki jamy ustnej jest wynikiem odry, czerwonki i t. d. Zniszczenia, rozwijające się w tych warunkach w dość krótkim czasie, są wprost okropne; śmiertelność jest znaczna. Zdarza się jednak, iż dziecko zwalcza wszystkie grożące mu niebezpieczeństwa, wówczas w jamie ustnej pozostają zmiany, które zniewalają lekarza zwrócić się do dentysty.

Dwa przypadki wyleczenia, jedyne, jakie się zdarzyły, autor podaje. Pierwszy przyp. dotyczył $2^1/_2$ r. dziewczynki; gorączkowała, b. osłabiona, objawy zapalenia płuc i nerek, przewlekłe zapalenie dziąseł z cuchnącemi nalotami na łatwo krwawiącem podłożu. Badanie drobnowidzowe nie stwierdziło krętków jak również i laseczników wrzecionowatych, natomiast zaobserwowano ziarnkowce i nieokreślone laseczniki. Rozlane zapalenie stopniowo przeszło, w dalszej szczęce prawie wyleczone, lecz na brzegu wyrostka zębodołowego górnej szczęki widać ropiejący i cuchnący brzeg 3 mm. szerokości, przypominający ropociek zębodołowy, z obu stron sięga drugiego dwuguzkowca, przyczem, gdy w jednem miejscu na pewien czas znika, na drugim się potęguje. Wkrótce korzenie zębów na zaatakowanej części obnażyły się, zęby zaczęły się chwiać, a niektóre same wypadły. Nastąpił zanik przegród zębodołowych. Wszystko to się działo mimo zupełnego ogólnego wyzdrowienia. Ponieważ zastosowane środki nie wzmocniły chwiejących się zębów, zostały one usunięte; korzenie tych były znacznie nadżarte; w niektórych miejscach małe ropnie. Zgłębnikiem wyczuwało się w zębodołach chropowatą kość. Po 10 dniach zapalenie i zapach minęły zupełnie. Dziecko wesołe, dobrze odżywiane; w dolnej szczęce uzębienie całkowite; w górnej brak wszystkich siekaczy, kłów, II dwuguzkowca po lewej stronie i I po prawej; wyrostek zębodołowy zupełnie zachowany, lecz w części wolnej od zębów znacznie zwężony, pokryty wszędzie nieuszkodzoną śluzówką.

W tym przypadku zaburzenia ograniczyły się na wyrostku zębodołowym.

Drugi przypadek dotyczył dziecka $3^1/_2$ l.; temperatura znacznie podwyższona, obustronne zapalenie płuc, ciężkie zapalenie śluzówki jamy ustnej; dziąsła zaatakowane na znacznej przestrzeni, pokryte cuchnącemi owrzodzeniami, znajdującemi się również na śluzówce policzków i dolnej części języka; w okolicy uda stwierdzono owrzodzenia wielkości markówki, podobne do zmian w jamie ustnej.

W obrazie drobnowidzowym stwierdzono paciorkowce i gronkowce wraz z nieokreślonemi pałeczkami; żadnych bakterji dyfterytycznych, ani prątków i laseczników wrzecionowatych. Wskutek długotrwałej gorączki stan jamy ustnej pogorszył się. Rozpad śluzówki postępował najprędzej na górnej szczęce, gdzie w krótkim czasie obnażyła się na znacznej przestrzeni kość i wypadły wszystkie siekacze, kły oraz niekt. dwuguzkowce. Z nosa zaczęła obficie wydzielać się cuchnąca ropa. Owrzodzenie na dolnej szczęce rozwinęło się znacznie; obnażył się wyrostek zębodołowy między znajdującemi się jeszcze dwuguzkowcami; wytworzył się między nimi most brudnawo-zgniły. Po pewnym czasie dzięki usunięciu znacznego martwaka oddzielanie się kości górnej szczęki ustąpiło. Stan dolnej szczęki znacznie się poprawił; twarzyczka zmieniła się nieco wskutek zapadnięcia górnej szczęki i końca nosa. Miejscowe środki, stosowane przy zapaleniu śluzówki jamy ustnej, nie dały wyraźnych rezultatów, jak również i częste pędzlowanie salvarsanem (salvarsan — syrop 1%), używany w przypadkach owrzodzenia jamy ustnej. *Janina Fidelzeidówna.*

23) **Przewlekłe zakażenia ustne.** Zadaniem Blacka (La Revue de Stomatologie, nr. 10 r. 1921), sprawy ropne w kościach odgrywają ważną rolę w etjologji różnych chorób ustroju; zakażenia te często nawet zagrażają życiu. W 78 przypadkach na 100 u osób wyżej lat 20-tu obserwować można zniszczenie kości szczękowych w okolicy wiązadła okrężnego (ligam. circ.), lub wierzchołka korzeniowego. Na 6000 ustnych zdjęć rentgenologicznych u 600 osób powyżej lat 20 stwierdzono w 55% zmiany w kościach w okolicy wierzchołka korzeniowego przeciętnie w ilości 1,4 na osobę, zaś u 53% stwierdzono ubytki kostne wzdłuż korzenia zębowego przeciętnie 5 na 1 osobę. Normalne dziąsła są odporne na sprawy zakaźne, zaś czynniki miejscowe (uraz), lub ogólne obniżają tę odporność. Następnie przewlekłe sprawy ropne (ropnie, kieszonki ropocieczne) tworzą groźne dla ustroju ogniska zakaźne; drogą naczyń chłonnych zakażenie przenika głębiej. W przewlekłych ropniach zębodoł. stwierdzono obecność paciorkowców (streptococcus viridans i hemolyticus). Kostniwo zęba (cement) jako tkanka swoista w tych razach zachowuje bierność, nie wydziela się samo, jak martwa kość, jest więc dobrym czynnikiem drażniącym, od którego właśnie zależy przewlekłość sprawy ropnej.

Zapalenie dziąseł, które obserwować można w 95% przyp. u osób dorosłych, odgrywa ważną rolę w etjologji zakażenia ustnego. Najczęstszym powodem zapalenia dziąseł, tworzącego punkt wyjścia dla owych kieszonek stanowią resztki pokarmowe, zatrzymywane pomiędzy zębami wskutek wadliwych punktów stycznych zębów, niedokładnych

plomb, źle dopasowanych koron i mostków; w połowie przypadków przyczyną jest kamień nazębny. Leczenie zapalenia dziąsła jest niemniej ważne, aniżeli próchnicy zębowej.

Black zwraca uwagę na ścisłość rozpoznawnia chorób, na rejestrowanie leczenia, obowiązkowe rentgenologiczne badanie zawartości kanału korzeniowego w każdym poszczególnym przypadku i zwracanie uwagi na stan po upływie roku a nawet więcej; ważne są: nienaruszalność tkanki okołowierzchołkowej, przeprowadzanie leczenia środkami nieszkodliwemi dla miękkich części i dokładne wypełnianie kanałów korzeniowych.

24) **Zewnątrzpłciowe pierwotne objawy syfilityczne.** Lekarz sztabowy Meger w okresie wojny r. 1914—1918 w uniwersyteckiej klinice chorób skórnych i wenerycznych w Hamburgu obserwował szereg przypadków zewnątrzpłciowego twardego szankra; wśród kobiet stwierdzono 3,38%, u mężczyzn 1,50%. Mniejszy % u mężczyzn daje tłumaczyć się tem, iż większość mężczyzn wówczas znajdowała się w polu. W 50 przypadkach stwierdzono szankier twardy na wargach, 2 razy na języku, 28 razy na migdałkach, 4 razy na palcach. Prawie we wszystkich przypadkach wystąpiły objawy II-go okresu syfilisu wobec tego, iż przez pacjentki resp. pacjentów szankier twardy nie był zauważony i wogóle nie przypuszczano możliwości tą drogą zarażenia się syfilisem. Nawet przez lekarzy niektóre przypadki nie były ustalone.

Szankier zewnątrzpłciowy spotyka się częściej wśród kobiet, aniżeli mężczyzn. Zdaniem dra Megera, zasadniczą omyłką jest mniemanie, iż pierwotne zmiany syfilityczne rozpoczynać się muszą typowym twardym szankrem. Do dokładnej djagnozy najczęściej prowadzi charakterystyczne, twarde i bezbolesne obrzmienie gruczołów chłonnych. Każdy nie prędko gojący się wrzodzik, zwłaszcza na wargach, każda nie szybko przemijająca angina winny prowadzić do przypuszczenia, iż ma się do czynienia z zakażeniem syfilitycznem, a więc winno być przeprowadzone badanie na obecność krętków bladych (spirochaet pallid.). We wczesnym okresie zarażenia odczyn Wassermanna nie ma wielkiego znaczenia; dopiero z 6 tygodniem ujemny wynik odczynu Wassermanna może przemawiać za brakiem zakażenia syfilitycznego. Leczenie ogólne musi być możliwie wcześnie rozpoczęte, a zatem wczesne rozpoznanie, zwłaszcza zmian na wyżej wzmiankowanych miejscach, ma doniosłe znaczenie z całego szeregu względów (Dermatologische Wochenschrift r. 1921 n. 8 str. 153). *K.*

25) **Objawy zwyrodnienia szczęk i zębów z uwzględnieniem związku pomiędzy chorobami nerwowemi i umysłowemi a narządu zębowego.** Aczkolwiek temat powyższy nie jest nowy, jednak przytoczona ostatnio przez d-ra Lindenthala z Berlina (Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde, 29 maj r. 1921; Zeitschrift für Stomatologie nr. 1 r. 1922 statystyka zasługuje na uwagę. Zbadał on narządy zębowe 125 dzieci degenerantów w zakładzie dla idjotów (Idiotenanstalt Dalldorf bei Berlin). Stwierdził: normalny stan szczęk i zębów u 30 dzieci, nadmiernie wysokie i wąskie podniebienie — u 35 dzieci, zgryz otwarty — 17 przyp., silnie wysunięta górna szczęka — 7 przyp., silnie

wysunięta żuchwa — 7 przyp., diastema — 18 przyp., częste nader wadliwe zwarcie, stosunkowo często obserwowano odbiegnięcie środkowej linji górnoszczękowej, mianowicie u 20 dzieci, z tego w 4 przyp. wlewo, w 16 — wprawo, dachuwkowato nasunięte siekacze stwierdzono w 11 przypadkach, zęby czopowate (Zapfenzahn — niemców) w 2 przyp. U dzieci brzegi sieczne górnych przednich zębów skierowane były nie wdół, lecz znacznie ku przodowi; nadmiernie małe zęby stwierdzono w 3 przyp., nadmiernie wielkie — w 18 przypadkach; zęby krzywicowe ze znacznemi zmianami szkliwa w 20 przypadkach; w 7 przyp. brakowało poszczególnych grup zębów. Jak daleko się wahała zmiana zębów, o tem nie można było się przekonać, bowiem nie zawsze można było ustalić wiek poszczególnych dzieci. W większości przypadków wiele przytoczonych wyżej zmian istniało jednocześnie. *K.*

26) **Przypadek padaczki (epilepsji) wskutek niewyrzniętego trzonowca.** Przypadek powyższego rodzaju podają Walter i Frank Mc Ganley (Dent. Cosm. d. 1 r. 1922; ref. Zeitschrift für Stomatologie d. 4 r. 1922). U 15-letniego chłopca w ciągu 2 lat występowały napady epileptyczne. Jeden napad zaczął się od wystąpienia martwego uczucia w lewej połowie twarzy z następnemi drgawkowemi skurczami w tejże okolicy. Po dłuższem błąkaniu się w poszukiwaniu istotnej przyczyny napadów padaczkowych drogą rentgenologiczną po lewej stronie stwierdzono obecność niewyrzniętego III trzonowca. Po usunięciu tegoż w ciągu pewnego czasu objawy ucichły. Gdy jednak napady epileptyczne ponownie się powtórzyły, rozpoczynając się od tych samych objawów miejscowych po prawej stronie twarzy, również drogą rentgenologiczną stwierdzono i tu, jak po stronie lewej, trzeci trzonowiec, znajdujący się w takiemże położeniu. Po usunięciu tegoż nastąpiło trwałe wyzdrowienie. *K.*

27) **Śmierć wskutek zgorzeli policzka po usunięciu zęba.** Kritchevsky i Sequin (La Revue de Stomatologie nr. 8 r. 1921) opisują szczegółowo przypadek zgorzeli policzków (noma) u 45-letniego osobnika, znacznie osłabionego naskutek dłuższej choroby. Exitus. W zgorzelinowych cząstkach dziąsłowych i policzkowych znaleziono bacillus fusiformis (las. wrzecionowaty) w czystej hodowli, w cząstkach, które całkowicie jeszcze nie uległy zgorzeli, bacillus fusiformis i spirochaete buccalis (krętki jamy ustnej), w obwodzie nacieczenia tkwiły prawie tylko krętki, mianowicie w naczyniach chłonnych i krwionośnych; w niektórych wyraźnie spostrzeżono stan przenikania krwinek przez ścianki naczyń (diapedesis). Zatem krętki prawdopodobnie spowodowały owrzodzenie (ulceratio), lasecznik wrzecionowaty jest tylko pasorzytem. Znaleziono szczególnie liczne przez Fontana i Hoffmanna opisane krętki (ref. Z-che Rundsch. 20 r. 1922).

28) **Zęby rekrutów angielskich i pomoc dentystyczna w armji angielskiej.** Zgodnie ze sprawozdaniem „The Lancet'a" (z dn. 7/I 22 r.), omawiającego rozwój służby sanitarnej w armji angielskiej podczas pierwszej mobilizacji dnia 4 sierpnia 1914 roku stwier-

dzono u rekrutów 70% spróchniałych zębów. W listopadzie pierwszego roku wojny wysłano do Francji 12-tu pierwszych dentystów, w r. 1918 mianowano naczelnego inspektora dentystyki przy Ministerjum Wojny. W dniu zawieszenia broni armja posiadała 831 dentystów. *K.*

Wskazówki praktyczne.

(Podług różnych źródeł).

21) **Pasta do polerowania złota:** rozczyn mydła łojowego twardego 10 cz. na 40 cz. wody i 50 cz. czerwieni angielskiej.

22) **Do płukań jamy ustnej** nadaje się podług dra J. Brunnera (Warszawa) $^{1}/_{2}$% woda utleniona lub rozczyn jodu w ciepłej wodzie 1:3000 („Odkażanie").

23) **Płyn do spawania (lutowania).** Zamiast zwykłego boraksu z doskonałym skutkiem nadaje się do lutowania następ. płyn: kwasu bornego 15,0—Amoniaku 2,0—Potasu gryzącego (kal. causticum) 0,22—Boraksu 15,0—Wody destylowanej q. s. (La Odontologia, 2.7 r. 1921).

24) **Kopje z modeli gipsowych zdejmuje się** za pomocą odpowiednio przyrządzonej żelatyny. 150 listków żelatyny moczy się przez 2 godziny w $^{3}/_{4}$ litra wody; mieszaninę tę wyparowuje się później do pewnego zgęszczenia w wodnej kąpieli i dodaje się do tego 1$^{1}/_{2}$ decilitra oliwy, ciągle mieszając.

Model gipsowy wstawia się w emaljowany garnek i oblewa się z wierzchu płynną mieszaniną żelatynową. Po 3 godzinach, gdy żelatyna stwardnieje, garnek się wywraca do góry dnem, i model się wyjmuje. W powstałej w żelatynie formie można teraz odlać dowolną ilość modeli, które udają się jakoby dobrze i dokładnie. (podł. Müllera).

25) **W celu nadania połysku zeszlifowanym powierzchniom zębów** zaleca się najpierw polerować zeszlifowane powierzchnie kamieniem arkanzaskim przy zwilżaniu mydlinami, następnie zaś na toczydle (szlifierce) za pomocą korka i tlenku cynku (przy możliwie szybkich obrotach).

26) **Pasta mumifikacyjna do wypełniania kanałów korzeniowych.** Rozrabia się z płynu, składającego się z równych cz. formaliny i kreozotu oraz proszku, zawierającego 5 cz. tymolu, 12 cz. ałunu i 40 cz. tlenku cynku. Jeżeli płyn zmętnieje, należy dodać kilka kropel wyskoku; płyn staje się przezroczystym.

27) **W celu oczyszczenia narzędzi od rdzy** należy przetrzymywać ostatnie przez noc w nasyconym roztworze chlorku cynku, poczem rdza znika. Następnie narzędzia przemywa się w ciepłej wodzie z dodaniem mydła lub roztworu sody. Po wysuszeniu narzędzia poleruje się czystym wyskokiem.

28) **Do traktowania pocących się rąk** dr. Unna zaleca po wymyciu następującą mieszaninę: Trae belladonnae 15,00, Spiriti odorati 90,00. Mieszaniną tą wyciera się ręce 2—3 razy dziennie.

29) **Woda utleniona i woda wapienna.** Domieszka do pierwszej wody wapiennej (w równej części) zobojętnia odczyn kwaśny.

30) **Plomba porcelanowa.** Celem nadania plombie porcelanowej chropowatej powierzchni (stykającej się z cementem), zaleca się na dnie wycisku umieścić cieniutką warstwę proszku azbestowego, następnie masę porcelanową i wypalić.

31) **Odświeżanie masy moldynowej.** Masę kładzie się do naczynia i zalewa się wodą, dodaje się 2 łyżki do herbaty gliceryny i podgrzewa się. Po wyparowaniu wody gliceryna miesza się z moldyną, która staje się plastyczną jak poprzednio.

32) **Mieszanina do traktowania zgorzeli miazgi:** Trikresoli 20,0; formalini 10,0; glicerini 5,0. Kanał korzeniowy należy wysuszyć ciepłem powietrzem i przeczyszczać watą, zmoczoną w przytoczonej mieszaninie. Płynu należy brać minimalną ilość, wprowadzać ostrożnie. Działanie doskonałe.

33) **Do rozmieszania cementu** zaleca się glazurowane tafelki, jakie są używane przy modnych piecach. Cement łatwo się zdejmuje (zeskrobuje), nie pozostawiając nieczystej powierzchni.

34) **Polerowanie płytek kauczukowych.** Do zmieszania kredy przy polerowaniu płytek kauczukowych zamiast wody lepiej nadaje się woda ammonowa (aq. ammonii). Rezultat jest doskonały.

35) **Igły do wstrzykiwania** dobrze przechowywać w benzynie, w hermetycznie zamkniętem naczyniu. Benzyna powinna być czysta. Przed użyciem należy igłę zmoczyć w wyskoku. Zapach benzyny znika. Igły nie rdzewieją.

36) **Celem zapobieżenia ściemnieniu zęba przy plombowaniu amalgamatem** należy uprzednio ścianki ubytku pokryć listkiem złotym (niekohezywną folją nr. 8), który przyciska się hubką, a następnie wkłada się kawałek amalgamatu i mocno się kondensuje. W ten sposób osłoniona zębina nie zabarwia się.

37) **Oczyszczanie kamieni karborundowych.** Jak wiadomo, kamienie karborundowe zanieczyszczają się podczas piłowania zębów, szlifowania plomb i t. d,; stają się one prawie zupełnie gładkie. Aby nadać im pierwotną formę, zaleca się przetrzymywanie ich w naczyniu z 50% kw. siarczanym w ciągu 2—3 godzin. Następnie wyjmuje się je i kładzie do naczynia z mocnym rozczynem dwuwęglanu sodu na parę godzin; soda neutralizuje wchłonięty kwas siarczany.

38) **Siarczan cynkowy jako środek leczniczy w sprawach zapalnych śluzówki jamy ustnej,** o którym wzmiankuje stomatolog amerykański Prinz („Dental Materia Medica und Therapenties", wyd. V r. 1918 str. 205) zaleca dr. Allerhand (Lwów). W rozcz. $^1/_2$—10% dzia-

łanie tego środka w sprawach wrzodziejących j. ustnej jest znacznie słabsze od działania chlorku cynku. Prinz zaleca jako płukanie nast. mieszaninę:

Rp. Zinci sulfurici 4,0
Glycerini 8,0
Aq. rosae 60,0
MD. Rozcieńczyć równą ilością wody do płukania.

Dr. Allerhand po stosowaniu tego rozczynu widział doskonałe wyniki w stanach zapalnych śluzówki j. ustnej ew. w połączeniu z zalecaną przez tegoż soli morszyńskiej (zob. wyżej i Polska Gazeta Lek. 34 r. 1922 p. 675) (P. Gaz. Lek. 17 r. 1923 str. 301).

Odgłosy.

I.

W sprawie uregulowania służby wojskowej dla lekarzy-dentystów.

W związku z powołaniem rezerwistów do odbycia dwumiesięcznych ćwiczeń wojskowych poruszona w nagłówku sprawa stała się znowu aktualną. Żadna armja europejska nie może chyba się szczycić tego rodzaju anomalją, jak nasza, w której lekarz-dentysta powołany zostaje jako szeregowy, a już niesłychaną jest rzeczą jednym lekarzom-dentystom nadania szarży oficerskiej, innych zaś, posiadających takież same kwalifikacje naukowo-specjalne, pozbawiać tejże szarży.

Dzieje tej niesprawiedliwości ciągną się od r. 1918, czasu piastowania urzędu referenta dentystycznego w Departamencie Sanitarnym Min. Spr. Wojskowych przez dr. Stępniewskiego; nie uległy one zmianie również po przejęciu tegoż referatu przez innych referentów, o czem swego czasu w „Kronice“ wzmiankowano.

Po wielu staraniach ukazał się w r. 1920 rozkaz Min. Spr. Wojsk., zgodnie z którym wzięci z poboru lekarze-dentyści mogą po przejściu 6 tygodn. wyszkolenia rekruckiego otrzymać najwyższą szarżę szeregowego — podchorążego.

Już sam rozkaz ten podzielił lekarzy-dentystów na 2 kategorje: ochotników, czyli warstwę uprzywilejowaną, otrzymujących zaraz przy wstąpieniu nominację na szarżę oficerską, i poborowych—warstwę nieuprzywilejowanych, „mogących“ się ubiegać dopiero po pewnym czasie o ostrzymanie... aż szarży podchorążego.

Pozornie zdawało się, że to było słuszne rozwiązanie sprawy i że w ten sposób referat dentystyczny Dep. Sanit. M. S. Wojsk. dąży do przysporzenia jaknajwięcej jednostek wojsku z pośród poświęcających się dentystyce, w celu ilościowego i jakościowego podniesienia kadry wojskowych lekarzy-dentystów, biorąc za wzór armje francuską i angielską, w których to pomoc dentystyczna była okazywana na froncie w ruchomych ambulatorjach, i amerykańską, w której istnieje nawet specjalny instytut, kształcący kandydatów na wojskowych lekarzy-

dentystów. Atoli okazało się, iż intencje referatu dentystycznego zgoła były odmienne. Wielu młodych, energicznych i zdolnych kolegów napróżno zgłosiło się w l. 1918 i 1919 na ochotnika do ówczesnego referenta dra Stępniewskiego; złożyli odpowiednie podania i dokumenty. Referenci wielu z nich długo jeszcze wodzili, a po dłuższej jeszcze bieganinie natrętny ochotnik dowiedział się, iż istniejąca przy Dep. Sanit. Komisja Kwalifikacyjna prośbę jego odrzuciła. Nie tak znowu pohopnie referenci wyłuszczyli powody decyzji Kom. Kwalifikacyjnej. Niedoszły ochotnik wreszcie dowiedział się, iż w okresie, kiedy wojsko polskie najbardziej odczuwało brak fachowej siły lekarsko-dentystycznej „za młody".

Jeżeli „za młody"—myślał sobie niedoszły członek wojsk. korpusu sanitarnego—to wojsko potrzebuje chyba „dziadów". Skoro jednak koledzy jego, którzy jednocześnie z nim ukończyli studja, mogli się z tych lub innych powodów spodobać referentom i przyjęci zostali do wojska w charakterze ochotników, to istotnej przyczyny tej oryginalnej rezolucji jednak nie wiedział i zażenowany i oburzony „ochotnik" więcej już nie wracał. A należy zaznaczyć, iż w pojęciu dra Stępniewskiego termin „za młody" miał jakoby oznaczać, iż zgłoszony liczy za mało lat praktyki zawodowej; tymczasem wojskowe ambulatorja dentystyczne zapełniane były niewykwalifikowanymi studentami dentystyki.

Wobec takiego obrotu sprawy, cóż więc wypadało uczynić?—Nic.

Mimo więc najszczerszych chęci i najczystszych pobudek patrjotycznych niedoszły ochotnik doczekał się w okresie nawały bolszewickiej w r. 1920, iż zostaje powołany jako rekrut, by powiększyć szeregi nieuprzywilejowanych lekarzy-dentystów w wojsku. Nie orjentując się jednak w tej sytuacji, udaje się z meldunkiem do ówczesnego nowego referenta dentystycznego, p. Mieszkisa, któremu wyłuszcza niesłuszność pozbawienia go szarży oficerskiej. Pierwsze pytanie p. referenta było: „czy ma pan przydział", co w języku potocznym ma oznaczać, czy „służy pan fachowo w wojsku polskiem?". Pytanie to dawało migawkowe rozwiązanie sprawy na niekorzyść petenta, bowiem: według rozkazu Min. Spr. Wojsk. lekarze-dent. i słuch. dent., prawda, rostali zaliczeni do korpusu sanitarnego; lekarz-dent. jednak wówczas otrzymywał szarżę oficerską, jeżeli w wojsku wykonywał czynności dentystyczne. Misternem więc dziełem referenta dentystycznego M. S. Wojsk. było przydzielenie popisowych lekarzy-dentystów jako sanitarjuszy do Izb chorych, do szpitali a nawet w charakterze kancelistów, aby w ten sposób uniemożliwić tem raz na zawsze dochodzenia należnej szarży. Ma się rozumieć, że popisowi lekarze-dentyści byli na tych stanowiskach piątem kołem u wozu i minimalne oddawali usługi wojsku, ale z czyjej winy? Odpowiedź jest zbyteczna. Rozczarowany popisowy z większem jeszcze zdumieniem spoglądał na studentów dentystyki, pełniących służbę wojskową fachową i którzy jako ochotnicy w krótkim czasie dosłużyli się szarży oficerskiej.

Żaden lekarz chorób ogólnych takiego dziwolągu w wojsku nie spotkał, aby student medycyny prześcignął go szarżą, lecz w referacie dentystycznym wszelkie niemożliwości znajdowały sankcję bytu.

Jakże się nie zastanowić nad lekkomyślnem traktowaniem naszej wiedzy, fachowego uzdolnienia, a i naszych uczuć patrjotycznych, skoro w tym czasie referat dentystyczny naskutek braku lekarzy-dentystów w czynnej służbie angażował kontraktowe lekarki-dentystki, narażając skarb Państwa na straty materjalne.

Poborowi lekąrze-dentyści, pozbawieni zaszczytnego miana ochotnika z winy referatu dentystycznego, bez szemrania poddali się jawnie niesprawiedliwemu traktowaniu ich sprawy i nie postawili kwestji tej na ostrzu noża, ponieważ świadomi byli, że dochodzenie swej krzywdy winni odłożyć i nie wysuwać przed forum publiczne w czasie, kiedy Ojczyzna krwawo zmagała się z nawałą bolszewicką.

Obecnie, kiedy Min. Spr. Wojsk. przystępuje do uporządkowania rezerwy, jest czas najwyższy, aby i kwestja pomocy dentystycznej w wojsku polskiem przestała być traktowana po macoszemu, a nawet lekceważąco, podług widzimisię każdego poszczególnego referenta; winna ona być ujęta w ramy prawne wzorem wojskowej ustawy lekarskiej. Załatwienie tej sprawy zawczasu staje się wprost nakazem dla naszej armji, bowiem na wypadek powszechnej mobilizacji podniesie sprawność korpusu sanitarnego.

Ponieważ Państwo Polskie liczy wszystkiego ogółem około 2.000 dyplomowanych lekarzy-dentystów, w tem z pewnością około 40% niewiast lekarek-dentystek, przeto ilość lekarzy-dentystów w razie powszechnej mobilizacji jest nawet niewystarczająca. Co się zaś tyczy ewentualnego braku kosztownych utensylji dentystycznych, to wszak wzorem lat ubiegłych lekarze-dent. używania ich wojsku nie odmówią.

A zatem nic nie stoi na przeszkodzie, aby skasować dotychczas praktykowane podziały lekarzy-dentystów na uprzywilejowanych ochotników i pokrzywdzonych poborowych lekarzy-dentystów, podział ten tembardziej nas intryguje, iż przecież nie stosowany jest względem lekarzy chorób ogólnych.

Józef Kapłan
lekarz-dentysta.

II.

Pod adresem zjazdu lekarzy-dentystów we Lwowie.

Dnia 21-go VII r. b. odbędzie się we Lwowie Zjazd lekarzy-dentystów z całej Polski który niewątpliwie zgromadzi kolegów ze wszystkich zakątków kraju. Ważnem byłoby, aby skorzystać z tej sposobności, celem zawiązania jednej wspólnej organizacji zawodowej lekarzy-dentystów, w którejby nie zbrakło ani jednego lekarza-dentysty w Państwie Polskiem, bez względu na to, czy to stomatolog, czy lekarz-dentysta warszawskiej, b. rosyjskiej lub niemieckiej szkoły dentystycznej, o ile tylko jest polskim poddanym i wykonywa praktykę w Państwie Polskiem, bowiem wszelkie sympatje, czy to stanowe, czy narodowe, czy też wyznaniowe, nie mogą mieć miejsca i nie mają znaczenia tam, gdzie chodzi o interes zawodowy pewnej grupy, mającej wspólne cele, a którą niewątpliwie jest zespół wszystkich lekarzy-dentystów w Państwie bez względu na to, w którym z byłych zaborów praktykują.

Widzimy, że na każdym kroku wyłaniają się kwestje, które zmuszają nas do zajęcia zupełnie identycznego stanowiska przez najrozmaitsze zrzeszenia lekarzy-dentystów, pomimo że nie zupełnie sympatyzują z sobą. Przykład: sprawa szkoły dentystycznej w Wilnie. Lecz, o ile wszyscy musimy walczyć o to, ażeby nowe zastępy lekarzy-dentystów posiadały jaknajszersze wykształcenie fachowe, nie mniej ważną jest walka o ochronę tytułu lekarza-dentysty i z wszelkiem partactwem, właśnie najwięcej uprawnianem w dentystyce przez ludzi do tego niepowołanych i przywłaszczających sobie wszelkie prawa dentystów a nawet doktorów, dochodząc w łatwy sposób do tych tytułów i ciągnąc ze swej działalności grube zyski. Mam tu na myśli przedewszystkiem techników dentystycznych.

Warunki, w jakich odbywa się partactwo dentystyczne w różnych dzielnicach naszego Państwa, są rozmaite, zależnie od praw, które pozostały po zaborach, a które wszelkiego rodzaju partacze starają się wyzyskać, walka więc z partactwem w każdym z b. zaborów musi być inna.

Niezaprzeczoną jednak prawdą jest, iż nigdy w czasach przedwojennych partactwo nie panoszyło się tak bezkarnie i nie było tak tolerowane przez władze sanitarne, jak obecnie. Mogę tu tylko poruszyć stosunki, panujące obecnie w Małopolsce, gdzie walka z partactwem dentystycznem jest ułatwiona przez ustawodastwo, a gdzie partactwo to szerzy się, jak chyba nigdzie w innych dzielnicach. Władza sanitarna zaś nie tylko nie wkracza, lecz toleruje owe zło, a tolerancja ta posuwa się do tego stopnia, że sami lekarze dają firmę i zawierają spółki z technikami, którzy pod egidą imienia fizykackiego wykonywają praktykę w zastępstwie swoich mocodawców, nawet wszystkie zabiegi krwawe pod ochroną urzędnika państwowego, powołanego do walki z partactwem lekarsko-dentystycznem. Wyższa władza o tem postępowaniu swoich urzędników wie, lecz również nie przeciwdziała. Ciekawym bardzo był fakt, który przedstawił na posiedzeniu delegatów Związku lekarsko-dentystycznego i władz sanitarnych jeden z lekarzy sanitarnych; opowiedział on, w jaki sposób technicy dentystyczni umieją sobie radzić w urzędach sanitarnych w razie śledztwa, lub grożącego zamknięcia zakładu za uprawianie partactwa. Lecz wszystko musi mieć swój koniec.

Państwo nasze dąży coraz bardziej do konsolidacji. Najwyższy czas, abyśmy się zabrali do jednolitej wspólnej akcji zwalczania partactwa w dziedzinie dentystyki. Musimy wywrzeć wpływ na władze, aby ostatecznie rozwiązać tę naszą bolączkę. Musimy żądać, aby wszelkie nadużycia urzędników w tym kierunku ustały; musimy żądać od Izby lek. i Związku lek. Państwa Polskiego, ażeby wywarły nacisk na lekarzy, pozbawionych poczucia godności lekarskiej i uczciwości, a którzy otwarcie w całej Małopolsce dają firmę rozmaitym partaczom, nie zajmując się osobiście dentystyką, i należy przywołać ich do porządku lub wykluczyć z grona lekarzy. Znany jest przecież fakt, iż taki osobnik z tytułem doktora daje jednocześnie trzem technikom swoją firmę w miastach, położonych jedno od drugiego najmniej o pięć godzin drogi.

Musimy z tem nienormalnem zjawiskiem skończyć, obniża ono bowiem stan lekarzy-dentystów. Walcząc pojedynczo, nic nie wskóramy; musimy się złączyć w jeden związek zawodowy, a powinniśmy to uczynić jaknajprędzej i nie pominąć żadnej sposobności ku temu.

Obecnie ma się odbyć zjazd, powinniśmy więc wykorzystać tę okoliczność.

Dr. Tadeusz Baranowski.

Drohobycz, 6.IV 1923.

III.

Szanowny Kolego, Redaktorze!

Zabierając jeszcze raz głos w sprawie nas obchodzącej, pragnę zwrócić uwagę na fakt, iż bynajmniej nigdy nie kierowałem się względami natury osobistej, lecz zawsze miałem na widoku dobro ogółu. Poruszając sprawę referentów dentystycznych Minist. Zdr. Publ., dążyłem jedynie do zwrócenia uwagi czynników miarodajnych na sposób traktowania spraw zawodowych, które u nas jakoś nie mogą doczekać się ostatecznego uregulowania. W grę wchodzi bez wątpienia brak orjentacji i kompetencji odnośnych kierowników.

Być może, iż dotychczasowy kierownik Minist. Zdr. Publ. bliżej nie interesował się sprawami zawodu dentystycznego, mianując na odpowiedzialne stanowisko referenta dentystycznego wbrew przyjętemu zwyczajowi i wymaganiom prawno-państwowym nie drogą konkursu, lecz według swego widzimisię osoby, które nigdy absolutnie nie zajmowały się sprawami zawodowemi, a jedynie korzystały z wszechwładnego poparcia. Że twierdzenia moje nie są gołosłowne, dowodzi chociażby ostatni fakt postępowania obecnego referenta, dent. J. Biernackiego. Echo sprawy odbiło się głośno nie tylko w sferach dentystycznych, lecz również w szerszych warstwach społeczeństwa.

Pociągnięto mnie wprawdzie do odpowiedzialności karnej za słowa prawdy, sąd jednak się doskonale zorjentował, wydając wyrok uniewinniający.

Referent Biernacki dojrzał słomkę w oku niewinnych kolegów, zaś belki w swojem własnem nie dostrzegł, dostrzegł natomiast, niestety, dopiero po zilustrowaniu w sądzie, gdzie udowodniono mu, że, prześladując kolegów, właściwie sam winien byłby stanąć przed trybunałem sądowym. Tego faktu jednak nie było, aczkolwiek przez pewien jeszcze czas ref. dent. Biernacki posiłkował się nieprawnie tytułem i tylko moja interwencja u Ministra Zdr. Publ., dra Chodźki, widocznie poskutkowała, skoro referent zastosował się do wymagań prawa, zmieniwszy oblicze dawnych szyldów.

Zaznaczam, iż skierowane pod moim adresem oszczerstwa pewnej kliki, która więcej krzyczy, niż działa, nadal nie będą przeze mnie tolerowane i na takowe we właściwy sposób zareaguję.

Z koleżeńskim poważaniem
Stefan Barylski.

Związek zawodowy lekarzy-dentystów w P. Polskiem.

Oddział Ziemi Radomskiej.

W dniu 8/II 1923 r. odbyło się XI zebranie Oddziału. Odczytano list naczelnego lekarza Kasy Chorych, w którym ten wyjaśnił swe stanowisko w sprawie nieporozumienia, wynikłego pomiędzy Kasą Chorych a Oddziałem Związku; przyjęcie cennika bez sprzeciwu oznaczało niejako zawarcie umowy. W toku obrad ujawnione zostały niektóre usterki, dotyczące tej współpracy; postanowiono wydelegować do naczelnego lekarza kol. kol.: Ogórkowskiego, Tatara i Hoffmanową.

W sprawie cennika postanowiono podnieść normę płacy o 25% i wydrukować 1000 egz. szematów tego cennika; ceny będą wpisywane w miarę zmian, co ułatwi szybsze wysyłanie tychże na prowincję.

Postanowiono jednogłośnie zastosować się do ustanowionych cen pod rygorem wykreślenia z listy członków w razie uchylenia się.

Postanowiono nie używać żadnych metali nieszlachetnych.

Postanowiono wysłać do Rady Głównej Związku składki członków za r. 1922 z wyjątkiem tych, które nie wpłynęły od zalegających członków Oddziału. Polecono skarbnikowi zawiadomić tych, iż w przeciągu miesiąca winni przesłać zaległości, w przeciwnym razie wykreśleni zostaną z listy członków.

Rozpatrywano sprawę nieporozumienia, wynikłego pomiędzy kol. N. a kol. K. z Szydłowca w sprawie wydalenia ucznia technicznego, którego kol. K. przyjęła bez uprzedniego porozumienia się z kol. N.

Przyjęto w poczet członków Oddziału kol. kol.: Alinę Villbois-Mogilską ze Starachowic i Janinę Kosińską-Budziszewską z Radomia, prac. w Kasie Chorych.

XII zebr. odbyło się dn. 8.III 1923. Ustalono, iż srebro nie jest zastępkiem złota i może być używane w technice dentystycznej. Zwrócono przytem uwagę, iż nie należałoby zbytnio rozpowszechniać go, a używać tylko w razie koniecznej potrzeby.

W sprawie normy płacy kol. Nadel jest przeciwnikiem ustalenia tychże. Normy, uważa on, są po to, by służyły jako materjał orjentacyjny dla tych, którzy nigdy nie trzymali się uchwalonych cen. Normy obowiązują tylko garstkę kolegów. Kol. Tatar zaznaczył, iż na każdem zebraniu zapadają uchwały w tej sprawie i nigdy nie mają one żadnego zastosowania. Pomimo to zapadła uchwała nowa. W razie udowodnienia pobierania niższych cen przez członka, wpłaca on na rzecz Oddziału Związku tytułem kary od daty minionej zebrania 15 złotych polskich.

Ustalono normę opłat dla członków Kasy Chorych: porada 4.000 mk., „zatrucie“ zęba — 4.000 mk., wyjęcie zęba — 5.000 mk., znieczulenie — 10.000 mk., plombowanie cementem—10.000 mk., plombowanie i leczenie—14.000 mk.

Kol. Tatar zreferował wynik konferencji z naczelnym lekarzem i komisarzem Kasy Chorych. Kwestja pracy lekarzy-dentystów, pracujących w K. Ch., została zrównana z płacą lekarzy innych dziedzin pom. lekarskiej. Skierowywanie pacjentów „na miasto“ na razie nie

leży w interesie K. Chor., jednakże czynione są wyjątki dla niektórych, przyczem K. Ch. nie faworyzuje żadnego z lekarzy-dentystów, praktykujących na mieście. Kasa Chorych przychyla się do życzenia Oddziału Związku i nadal przyjmować będzie lekarzy-dentystów po uprzedniem porozumieniu się z zarządem Oddziału. Urlopy dla pracowników K. Ch. mają być wprowadzone.

Przesłane przez kol. Wacholdera z Ostrowia ogłoszenie kol. Malingera z Sandomierza zademonstrowano obecnym oraz odczytano odpowiedź ostatniego na zarzuty, uczynione mu z tego powodu przez zarząd. Zebrani uznali tłumaczenie kol. Malingera za niedostateczne, a sposób reklamowania się za uwłaczający godności Związku; pozostawiono termin jednomiesięczny do zastosowania się do uchwał Związku. Wykreślono z listy członków kol. Eizenberg-Rozenszajnową z Wierzbnika.

Dnia 3.IV r. b. odbyło się doroczne Ogólne zebranie Oddziału pod przewodn. kol. Wacholdera z Ostrowca, Ziemi Radomskiej; sekretarzował kol. Anszer. Sprawozdanie za r. 1922 odczytał kol. Tatar. Oddział z początku tego roku liczył 21 członków; w ciągu roku przybyło—3; z liczby 24 czł. na m. Radom przypada 13.

Do zarządu Oddziału wybrano: Ogórkowskiego St., Lemieszewskiego M., Anszera H., Hoffmanową Apol. i Tatara H.; do Komisji rewizyjnej: Wacholdera L. z Ostrowca, Nadela Sz., na zast. Mirecką; do Komisji etyczno-zawodowej: Ogórkowskiego St., Anszera, Nadela, Ogórkowskiego W. i Tatarową G.; do Sądu koleżeńskiego: Frajdasa, Fidlerównę, Ogórkowskiego St., Tatara H. i Mirecką H. Na wniosek kol. Tatara postanowiono od r. 1924 wybierać na delegatów do Rady Głównej 1 z miejscowych i 1 z zamiejscowych kolegów.

Do Rady Głównej wybrano 2 delegatów: Ogórkowskiego i Tatara.

Zaliczono w poczet członków: Paprocką-Tochtermanową Z. i Turyczynowiczową S.—obie z Radomia.

Dop. Redakcji. Zrzeszenia, pragnące, by sprawozdania z ich działalności zostały wydrukowane w „Kronice“, uprzejmie prosimy o skierowywanie tych sprawozdań wprost do naszej redakcji. Rękopisy winny być pisane po jednej stronie półarkusza.

Zasługuje na zaznaczenie fakt, iż na nasze listy niektóre zrzeszenia wcale nie reagują, lub też przesyłają swoje sprawozdanie ze znacznem opóźnieniem (2—3 mies.).

Zaznaczamy, iż wszelkie sprawozdania zawsze chętnie drukujemy.

Kronika i sprawy zawodowe.

= **„Koło lekarzy-dentystów im. dra Bolesława Dzierżawskiego“** (medyków, lekarzy-dentystów i dentystów) z naszej inicjatywy przy poparciu kilku kolegów zamierzone jest utworzyć w Warszawie dla całego obszaru Rzeczp. Polskiej.

Kim był ś. p. dr. Dzierżawski—nie mamy potrzeby tu się rozwodzić. Był on nie tylko twórcą polskiego piśmiennictwa dentystycznego, lecz łącznikiem wszystkich naszych sił zawodowych dla dobra dentystyki polskiej. Tą ideą kierowany, pragnął On ugruntować podstawy naszego piśmiennictwa zawodowego.

Dr. Dzierżawski, rozumiejąc doskonale, iż frazesami nic się nie zbuduje, gromadził wokoło siebie ludzi chętnych do pracy bez różnicy stopnia naukowego, bez oglądania się na otaczający Go powiew polityczny. Był niezbicie przekonany, iż jedynie dentystyka apolityczna, jak to wszędzie ma miejsce, może rozwinąć się należycie. Istotnie, dobry wynik Jego dążeń nie długo kazał na siebie czekać. Nie tylko zajął się powołaniem do życia „Przeglądu Dentystycznego", lecz zachęcał młodszych naszych kolegów do pracy, rzucił projekt opracowania „Polskiego podręcznika chorób zębów i jamy ustnej", przy Jego poparciu ukazał się pierwszy w języku polskim „Kalendarz Dentystyczny" (w oprac. kol. Krakowskiego), dzięki Jego inicjatywie później wydane zostało pierwsze w języku polskim „Polskie Słownictwo Dentystyczne" (w oprac. tegoż) i przygotowano wydawnictwo z dziedziny techniki protetycznej.

Pomimo pewnych przeszkód ze strony nieznacznej grupki malkontentów, rzekomych potentatów, którzy absolutnie niczem nie wyróżnili się, dążył On naprzód, mając jedynie na względzie dobro naszej dentystyki i społeczeństwa.

Niestety, przedwczesna śmierć przerwała nić wszelkich Jego zamierzeń i dążeń, zniweczyła ideę, o którą walczył, poświęcając wiele czasu żmudnej pracy i środków materjalnych.

Pracując wspólnie z dr. Dzierżawskim od chwili powstania pierwszej naszej placówki naukowej—„Przeglądu Dentystycznego"—do zgonu twórcy tegoż i kontynuując rozpoczęte przez Niego dzieło w imię dobra dentystyki polskiej, krocząc w ciągu przeszło lat siedemnastu utorowaną drogą, od pierwszej chwili ukazania się „Kroniki Dentystycznej", zawsze kierowaliśmy się hasłami prawdziwego patrjoty i dobrego obywatela, jakim był nieodżałowanej pamięci dr. Dzierżawski. Dobro dentystyki polskiej stało się naszym drogowskazem. Staliśmy zdala od wszelkiej polityki, od wszelkiej zakulisowej roboty przeróżnych rzekomych i nierzekomych potentatów, uprawiających na szerszą skalę krytykę.

Pomimo licznych przeszkód, do których zaliczyć należy czyny biurokratów carskich, wytrwaliśmy na posterunku. Tylko warunki materjalne wytrąciły nas z równowagi. Zdawało się, iż z chwilą odzyskania niepodległości Państwa wszelka zakulisowa robota, wszelkie zgrzyty, wszelkie „niezadowolenie" przeróżnych malkontentów ostatecznie zostaną zlikwidowane. Okazało się jednak, iż niezbędna w takich razach jedność była tylko iluzją. Dzięki szkodliwej robocie kilku zaledwie wodzirejów w gronie osób nieorjentujących się, wytworzyły się na gruncie nic wspólnego nie mającym z nauką, obóz, który otoczył siebie murem chińskim. Rezultat jego działalności jest już aż nadto widoczny. Pomimo chełpliwej frazeologji owych wodzirejów, stanęliśmy na martwym punkcie. Sprawy Państwa i zawodu ustąpiły na plan dalszy. Dążenia partyjno-egoistyczne uwydatniają się jaskrawo.

Na całej linji widzimy wyraźne zjawisko bałamucenia opinji naszego ogółu zawodowców, wszędzie panuje apatja i obojętność w stosunku do spraw dentystycznych. Bardziej orjentujący się koledzy z ubolewaniem przyglądają się szkodliwej bezczynności i całkowitemu niemal zahamowaniu biegu naszych spraw zawodowych.

Należy więc bezwarunkowo wydostać się z wytworzonej sytuacji, by nie stanąć nad grożącą nam przepaścią. W akcji tej placówka neutralna mogłaby wiele przyczynić się do uregulowania panujących stosunków, przyczem owi wysuwający wszędzie swoją osobę wodzireje bezwzględnie z wielu powodów winni być usunięci z areny swojej sui generis działalności. Mamy sporą liczbę kolegów, którzy w imię dobra sprawy chętnie podjęliby wspólną pracę reformatorską.

Hasła, głoszone przez ś. p. dra Dzierżawskiego i które doskonale zapoczątkowały okres naszej nauki zawodowej, winny być drogowskazem do utworzenia placówki neutralnej, o wzmiankowanej wyżej nazwie, która złączyłaby wszystkich tych, dla których dobro naszej dentystyki jest jedynym celem. Liczba tych chętnych nie jest minimalna.

Koledzy więc, których sprawa obchodzi, niech zgłoszą swój apel, by wspólnie przystąpić do organizacji „Koła“. Będzie ono w pierwszym rzędzie miało na celu: zorganizowanie pracy naukowej z różnych dziedzin naszej specjalności, ogłaszanie tematów do opracowania, interwenjowanie u władz, Sejmu i Senatu w sprawach, obchodzących ogół zawodowców, dentystykę społeczną, zwalczanie nieetycznych wybryków, przynoszących ujmę dentystyce polskiej, utrzymywanie kontaktu z zrzeszeniami naukowemi krajowemi i zagranicznemi, popieranie spraw, związanych z reformą studjów dentystycznych w Polsce, przyczynienie się do uregulowania sprawy pomocy dentystycznej w szkołach, Kasach chorych, dla pracowników państwowych, w wojsku, instytucjach społecznych, więziennictwie i t. d. — wogóle we wszelkich sprawach, mających na celu podniesienie poziomu dentystyki polskiej. Sądzić należy, iż wobec ważności sprawy koledzy wypowiedzą się i szerzej rozwiną rzucony tu projekt, celem opracowania statutu, odpowiadającego wszelkim naszym wymaganiom i potrzebom.

= Czy i jak należy przeciwdziałać nadmiernemu przyrostowi lekarzy w Polsce? Prof. Antoni Cieszyński ze Lwowa, ostatnio zabiera głos w powyższej sprawie w obszernym elaboracie, zamieszczonym w № 11 r. 1923 „Polskiej Gazety Lekarskiej“.

Prof. Cieszyński zaznacza, iż od dostatecznej ilości lekarzy w państwie zależy zdrowotność obywateli, obniżenie śmiertelności, zwiększenie produktywności robotnika i urzędnika; od ilości rąk pracujących zależy dobrobyt kraju. Z tego punktu widzenia popiera państwo Kasy Chorych, instytucje sanitarne i dba o rozwój sztuki lekarskiej. Większą ilość lekarzy spotykamy w większych środowiskach przemysłowych. W Polsce podług spisu z r. 1921 przypada 1 lekarz na 5,4 tys. ludności i 1 lekarz-dentysta na 27,5 tys. ludności. Anglja, Niemcy i Austrja mają już nadmiar lekarzy. Dochody lekarzy w okresie powojennym zmalały znacznie i to w r. 1922 do 26,4% wartości walutowej przedwojennej. Autor przypuszcza, iż w r. 1926 dochody obniżą

się do 22,4%, a w r. 1931 — do 12,8% dochodu przedwojennego, przeliczonego na stałą walutę, liczba bowiem lekarzy się spotęguje.

Centralizacja pomocy lekarskiej spowodowała to, że mniejszej ilości lekarzy wystarczy na nasze potrzeby. Kasy Chorych oraz organizacja pom. lekarskiej dla funkcjonarjuszy państwowych w dalszym ciągu potrzebę tę zredukują. Była Dzielnica Pruska posiada za mało lekarzy.

Autor twierdzi, iż liczba lekarzy w Polsce winna być niższa, aniżeli w krajach zachodnich, bowiem ludność Polski zajmuje się do 65% rolnictwem, Rząd dąży do redukcji sił lekarskich przez centralizację pomocy lekarskiej w Kasach Chorych i do udzielania tej pomocy bezpłatnej urzędnikom państwowym, wojsku i młodzieży szkolnej. Jako optimum stosunku ilościowego lekarzy w Polsce przyjąć należy 1 lekarza na 3.700—4.000 ludności; do tego optimum Polska dojdzie w najbliższym okresie pięcioletnim, jak sądzić należy ze statystyk studentów medycyny na wszechnicach polskich.

Prof. Cieszyński proponuje nast. kroki ku zaradzeniu w porę zła, by nie nastąpiła nadprodukcja lekarzy:

1) ograniczenie liczby studentów, przyjmowanych na I rok studjów lekarskich;

2) utrzymanie „numerus clausus" na wydziale lekarskim i to nie tylko w I roku studjów, ale także dalszych;

3) ustalenie liczby studentów medycyny, a co za tem idzie także wysokości „numerus clausus" dla poszczególnych uniwersytetów;

4) ograniczenie liczby studjujących kobiet do minimum ze względu na to, iż przeważna ilość kobiet albo nie kończy studjów, albo, ukończywszy je, nie zajmuje się praktyką lekarską, wychodząc za mąż;

5) powstrzymanie nostryfikacji dyplomów zagranicznych, uzyskanych przeważnie przez młodzież, która, uchylając się od obowiązków państwowych wobec własnego kraju, szukała w najkrytyczniejszych chwilach schronienia za granicą i wyprzedzała temsamem rówieśników, stających w obronie swojej ojczyzny;

6) oświadczenie się wydziałów lekarskich wszystkich uniwersytetów za tem, że w przyszłości z reguły będą nostryfikowały dyplomy tylko tych kandydatów, którzy, wyjeżdżaiąc za granicę na studja, zostali wliczeni w „numerus clausus" danego uniwersytetu.

Zdaniem prof. Cieszyńskiego,. temi tylko drogami ustali się przyrost lekarzy, zapewni się dostateczną ilość społeczeństwu, przeciwdziałając nadprodukcji lekarzy; inicjatywę i pracę w tych kierunkach powinien objąć rząd, wydziały lekarskie uniwersytetów, Izby lekarskie, młodzież studjująca i społeczeństwo; w sprawie tej niewątpliwie najważniejszą rolę odegrać mogą Wydziały lekarskie uniwersytetów, gdyż mają w rękach swoich władzę i środki do uregulowania przyrostu lekarzy. Podział studentów na wszechnicach winien być następujący: Warszawa winna przyjmować studentów-żydów rocznie 13,7%, uniw. krakowski—11,6%, uniw. lwowski—15%, uniw. poznański 2%, uniw. wileński 14%; proporcjonalnie w stosunku do ogólnej liczby studentów. Między 500 przyjętymi studentami na I-szy rok studjów odsetek żydów nie powinien być większy, jak 12,2%.

Sprawa uregulowania przyrostu lekarzy powinna być przedmiotem obrad konferencji dziekanów wszystkich Wydziałów lekarskich.

═ **Związek lekarzy-dentystów we Lwowie.** Na dorocznem walnem zgromadzeniu, odb. dnia 24 marca r. b. wybrano na rok administracyjny Wydział o składzie następującym: przewodniczący — dr. Allerhand H., zast. przewodniczącego — dr. Szadkowski P., członkowie Wydziału — dr. dr. Atlas A., Berger H., Schmar J., Szafran W., komisja rewizyjna: dr. dr. Gorczyński H., Owiński J.; Sąd polubowny: dr. dr. Bereźnicki J., Fried A., Fuchs S., Gorczyński H., Owiński J.; Sewensieb M. Adres dla korespondencji: Związek lekarzy-dentystów przynal. do Izby lekarskiej Wsch. Galicyjskiej we Lwowie, dr. Jan Schmar, sekretarz, Halicka 19.

═ **Ze sądu.** W dniu 23 maja r. b. w Sądzie Apelacyjnym rozpatrywana była w drodze apelacji sprawa kol. W. Zawidzkiego. Obronę wnosił adw. przys. Wacław Brokman, który scharakteryzował działalność referenta dent. J. Biernackiego; postępowanie jego w stosunku do petentów—kolegów uważać należało za zwykłe szykany, bowiem nawet dokumenty prawne zupełnie były przez niego ignorowane, co niejednokrotnie narażało petentów na straty materjalne i krzywdy moralne.

W mowie swej prokurator zaznaczył, iż aczkolwiek zajścia miały przebieg przykry, jednak słowo, wyrzeczone przez oskarżonego, nie może być bezwzględnie uważane za tak wysoce ubliżające, by wyrok Sądu Okręgowego mógł być utrzymany; wnosił o złagodzenie wyroku przez wyznaczenie kary pieniężnej. Sąd po krótkiej naradzie wydał wyrok, kasujący wyrok Sądu Okręgowego, i wyznaczył karę pienieżną w kwocie 4000 mk. i 6000 mk. kosztów sądowych. Zależnie od motywów wyroku, których dotychczas sąd nie ogłosił, oskarżony wystąpi z apelacją do Sądu Najwyższego.

═ **Osobiste.** Komunikują nam, iż stanowisko referenta dent. przy Minist. Zdr. Publ. objął radca prawny p. Strowski, po dentyście Juljanie Biernackim, który ustąpił i wyjechał na urlop wypoczynkowy.

═ **Z wileńskiej szkoły dentystycznej.** W sprawie wymienionej szkoły pisaliśmy do Wileńskiego T-wa Odontologicznego, Związku Lekarzy-dentystów-polaków i zarządu tej uczelni, odpowiedzi jednak nie otrzymaliśmy. Czy sprawa ta w sferach powyższych wzbudza małe zainteresowanie — tego nie wiemy.

Dowiedzieliśmy się, iż szkoła na wszystkich semestrach liczy 120 słuchaczy. Ostatnio Wileńskie T-wo Lekarskie odwołało 4-ch lektorów z pośród lekarzy, będących członkami tegoż T-wa.

Naczelnik Wydziału Zdrowia Publ. woj. wileńskiego, dr. Kozłowski, niedawno ponownie dokonał rewizji szkoły, zestawiwszy szczegółowy spis inwentarza. Ma to bezwzględnie związek ze sprawą zasadniczą, czy wogóle wobec nader ubogiego zainwentaryzowania uczelnia ta istnieć może?

═ **Skasowanie rozporządzenia administracyjnego.** Na skutek interwencji b. Prezesa Rady Ministrów za pośrednictwem Min. Pr. i Op. Społ., kol. kol.: Rajgrodzkiej (Suwałki) i Abramskiemu (Białystok), którym Minist. Zdr. Publ. opieczętowało gabinety dentystyczne (o czem wzmiankowaliśmy w poprzednim zeszycie „Kroniki"), dozwolona została dalsza praktyka.

RAFINERJA SZLACHETNYCH METALI

S. WAJNSZTOK

WARSZAWA, CIEPŁA 10
Tel. 179-47

Niniejszym mam zaszczyt zawiadomić W.P., iż z dniem 1 czerwca r. b. została rozwiązana spółka p. f. „N. SZMIDT, ST. GUTMAN i S. WAJNSZTOK" i że tegoż dnia otworzyłem własną rafinerję szlachetnych metali, która wyrabiać będzie stale złoto, łączna i platynę w najlepszych jakościach.

Ceny nader umiarkowane.

Pozostałe z likwidacji składu materjały dentystyczne rozsprzedaję po znacznie zniżonych cenach.

Dla wygody odbiorców zamówione towary mogą być odsyłane.

Z należnym szacunkiem
S. WAJNSZTOK.